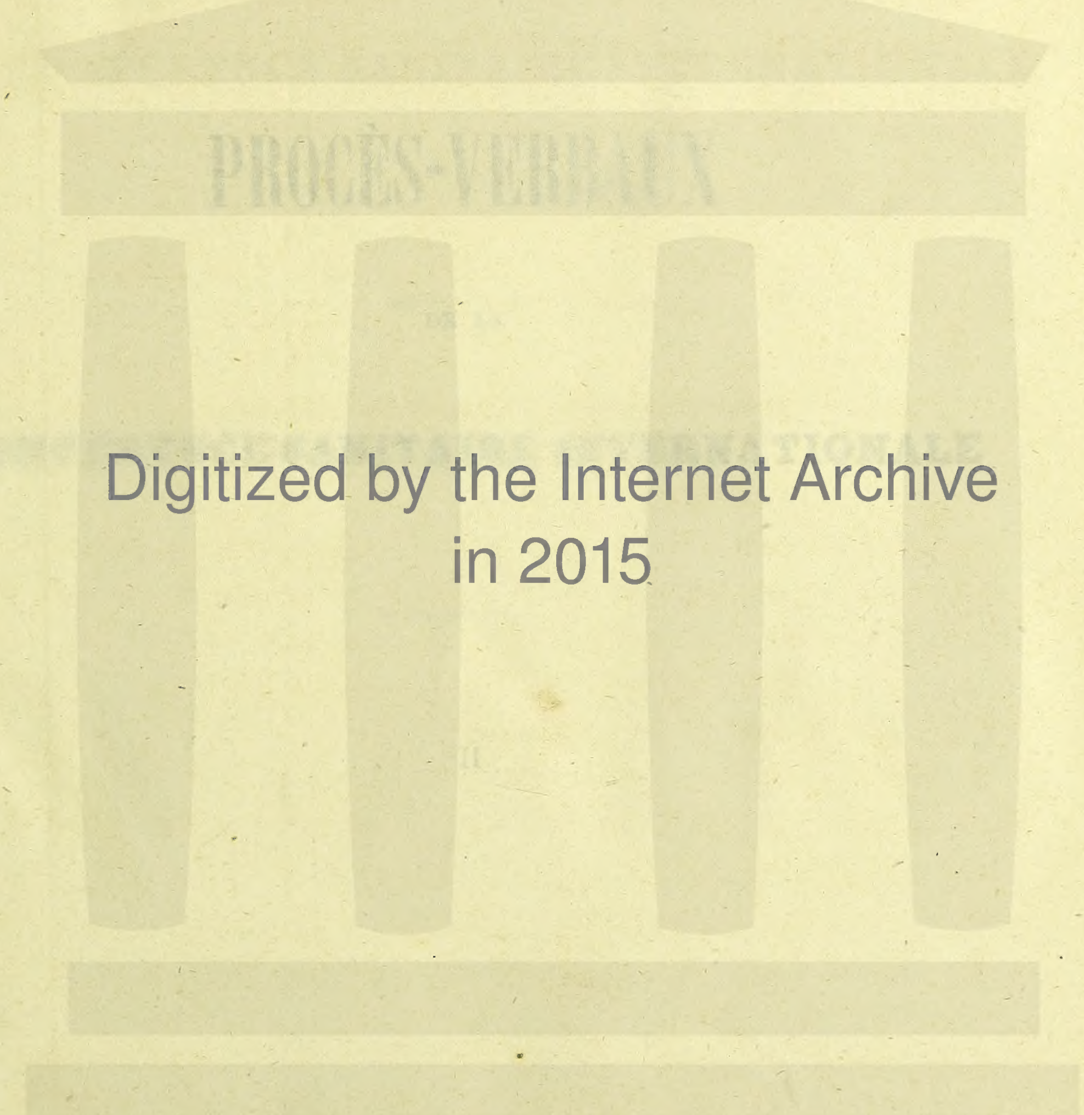
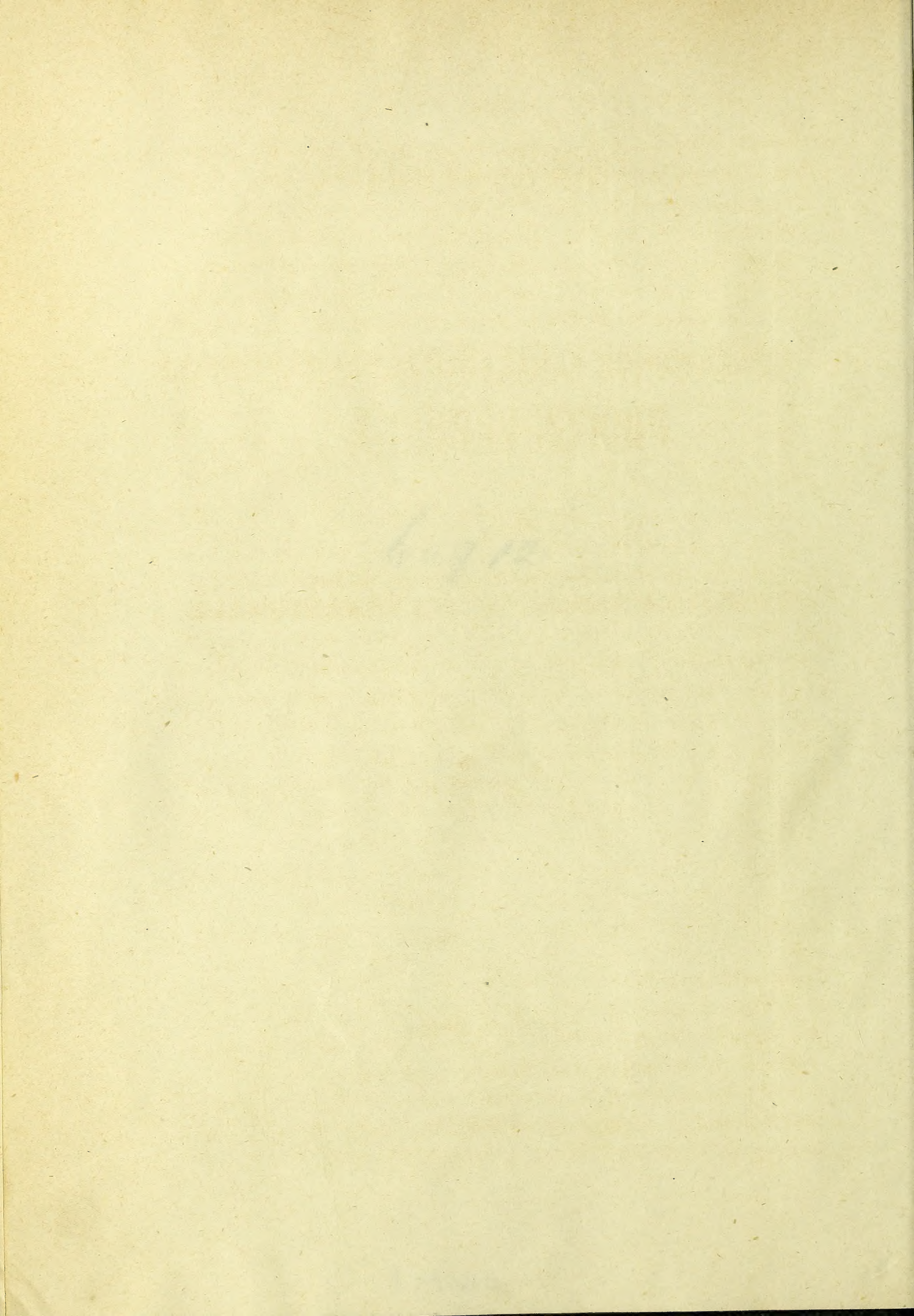










PROCÈS-VERBAUX

DE LA

CONFÉRENCE SANITAIRE INTERNATIONALE

II

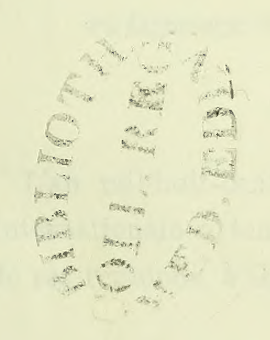
PROCÈS-VERBAUX

DE LA

CONFÉRENCE SANITAIRE INTERNATIONALE

OUVERTE A CONSTANTINOPLE

LE 13 FÉVRIER 1866



TOME II.

CONSTANTINOPLE

IMPRIMERIE CENTRALE

1866.

N° 24.

SÉANCE DU 13 AOUT 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 13 août, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa vingt-quatrième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï

Etaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciaturede S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria SEGOVIA, consul général, chargé d'affaires;

M. le Docteur MONLAU, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

S. G. Mgr. BRUNONI, archevêque de Taron, vicaire-apostolique à Constantinople ;

M. le Docteur IGNACE SPADARO ;

Pour la France :

M. le comte de LALLEMAND, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur GOODEVE, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. DICKSON, médecin de l'Ambassade de S. M. B. délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople;

Pour la Grèce :

M KALERGI, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. MACCAS, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. VERNONI, premier interprète de la Légation de S M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur FRÉDÉRIC BOSI ;

M. le Docteur G. SALVATORI, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. KEUN, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur MILLINGEN, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio GOMEZ, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le B[on] TESTA, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Perse :

Mirza-Malkom-Khan, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur Sawas Efendi, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Lenz, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna;

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège secrétaire de sa Légation;

M. le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinple ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

M. le Dr Naranzi, donne lecture du procès-verbal de l'avant-dernière séance (2 juillet) dont la rédaction est approuvée.

M. le Bon de Collongue donne lecture du procès-verbal de la dernière séance (5 juillet) qui est adopté.

M. le Dr Dikson prie qu'on insère dans le procès-verbal une réserve faite à la dernière séance relative à un passage du Rapport historique de M. Bartoletti. M. Dikson avait dit : qu'il ne partage pas l'opinion que M. Bartoletti a émise dans le Rapport à propos du choléra de l'année 1865, qu'il croit

avoir été importé au Hedjaz directement de l'Inde. Cette maladie, selon M. Dikson existait déjà dans l'Hyemen à la fin de l'année 1864, et notamment à Sana.

M. Segovia, président de la Commission chargée d'étudier le 1er groupe des questions comprises dans le programme des mesures prophylactiques applicables au choléra, présente et dépose sur le bureau le rapport que M. Monlau rapporteur a rédigé au nom de cette commission, et aussi un appendice à ce même Rapport rédigée par M. Mühlig concernant la désinfection et les mesures de désinfection appliquées au choléra. M. Segovia prie M. le Président de vouloir bien mettre à l'ordre du jour la discussion du Rapport par lui officiellement présenté dans cette séance, mais distribué depuis quelques jours à tous les membres de la Conférence.

Sur la proposition de M. de Lallemand, appuyé par MM. Stenersen, Monlau et plusieurs autres Délégués, il est décidé de commencer la discussion immédiatement.

M. Salem bey, attire l'attention de l'honorable Conférence sur la marche lente de ses travaux. Il croit inutile de s'appesantir sur les causes qui ont provoqué cette lenteur et ce retard, mais il estime nécessaire d'insister pour que la Conférence donne une impulsion plus énergique à ses travaux. Elle ne pourrait, pense-t-il, atteindre son but qu'en multipliant ses séances. C'est pourquoi il propose de fixer à quatre par semaine les séances ordinaires de la Conférence.

M. Fauvel fait connaître que l'impression du Rapport de la 3me Commission a été retardée pour des raisons qu'elle n'aurait pas pu prévoir. Ces raisons ont, depuis plusieurs jours, cessé d'exister : malgré cela, l'impression, contre son attente, n'a pas été reprise assez activement. Si l'imprimerie à laquelle on a confiée cette impression, continue à suivre la même voie, M. Fauvel se verrait forcé de retirer son manuscrit pour en confier l'impression ailleurs. Cela toutefois, ajoute M. Fauvel, serait une cause nouvelle de retard. Le Rapport de cette Commission qui sera de huit à neuf feuilles typographiques, est imprimé pour plus de la moitié, et il serait avantageux, de ne pas le retirer de l'imprimerie du *Levant Herald.*

Toutefois M. Fauvel, prévoyant que l'impression complète ne pourra avoir lieu avant la quinzaine, soumet l'affaire à la Conférence.

La Conférence laisse à M. Fauvel pleine liberté d'agir comme il l'entend.

M. Bosi voudrait savoir si la Commission du 2me groupe des questions, est

en état de présenter son rapport imprimé avant celui de la 3me Commission.

M. le Président s'adresse à la Conférence pour savoir s'il est indispensable que la discussion du 2me Rapport précède celle du 3me. Le rapporteur de la seconde Commission fera, il en est sûr, de son mieux pour présenter à temps son Rapport, mais ses nombreuses occupations en dehors de la Conférence, pourraient malgré lui, en retarder la rédaction.

Plusieurs Délégués déclarent qu'ils ne considèrent pas nécessaire la discussion du 2me Rapport avant le troisième. En entreprenant la discussion de celui-ci, immédiatement après celle du premier, ce qui peut être fait sans aucun inconvénient, on donnerait le temps à M, le rapporteur d'achever son travail.

M. Maccas propose que la Conférence siége tous les jours.

M. Sotto voudrait avoir quatre séance par semaine: (lundi, jeudi, vendredi et samedi.)

M. Sawas préférerait n'avoir que 2 séances par semaine , pour la raison que toutes les Commissions n'ont pas terminé leur tâche.

M. de Lallemand serait d'avis de reprendre, comme par le passé, l'ordre des trois séances.

Une conversation s'engage à ce sujet entre plusieurs Délégués.

M. le Président met aux voix la proposition d'avoir quatre séances par semaine. Elle n'obtient que 9 voix contre 14.

Ont voté pour les quatre séances :

MM. Sotto, de Noidans, Segovia, Monlau, Maccas, Gomez, Lenz, Stenersen et Salem bey.

Ont voté contre :

S. G. Mgr. Brunoni, Spadaro, de Lallemand, Fauvel, Goodeve, Dickson. Kalergi, Bosi, Vernoni, Sawas, Pinto de Soweral, Testa, Hübsch, Bartoletti.

Ensuite on passe au vote pour la proposition de M. de Lallemand, c'est-à-dire trois séances par semaine (lundi, jeudi et samedi.) Elle est acceptée à la majorité de 20 voix contre une.

La Conférence passe à l'ordre du jour.

S. Exc. le Président donne la parole à M. le rapporteur de la première Commission.

M. Monlau croit qu'il n'est pas nécessaire de donner lecture du texte du Rapport, mais seulement des conclusions. Parce que Messieurs les Délégués ont eu le temps de le lire et même de l'étudier.

Sur la proposition de M.Fauvel qui démontre l'avantage qu'il y aurait à en faire une lecture suivie,il est décidé d'en donner lecture section par section.

M. Segovia fait la lecture de l'introduction.

M. Fauvel demande la parole pour faire quelques observations :

Cette première partie ou avant-propos, dit il, est un panégyrique pompeux de l'hygiène, dans lequel on peut relever certaines contradictions et aussi quelques expressions dont on ne saisit pas bien le sens.

Ainsi, par exemple à la page 2, il est dit: « l'hygiène ne perd aucune de ses conquêtes, » proposition bien aventurée, pense M. Fauvel, car il est avéré au contraire que l'hygiène perd facilement ses conquêtes. En effet, l'histoire nous apprend que des pays autrefois florissants et salubres sont devenus très malsains par le fait d'une décadence qui a eu pour résultat l'abandon et la ruine des travaux qui y entretenaient la fertilité et la salubrité. Les exemples à citer seraient nombreux.

A la même page, poursuit M. Fauvel, on trouve la phrase suivante : « les demi-mesures, la tiédeur ou l'incurie dans l'exécution n'aboutissent « à rien de satisfaisant. Ici la Commission n'est pas d'accord avec elle-même, ni avec les faits. En réalité, dit M. Fauvel, les mesures hygiéniques n'ont pas besoin de toute la perfection possible pour être efficaces ; elles peuvent être utiles sans être complètes. Il est superflu, pense-t-il, d'en donner la preuve. Dans un Rapport scientifique, continue M. Fauvel, il importe d'employer un langage simple et précis afin de ne laisser aucune incertitude sur le sens des expressions employées. M. Fauvel avoue n'avoir pas bien compris la phrase suivante: « mais aujourd'hui que les progrès de l'industrie humaine ont mis à notre disposition des moyens presque magiques, les mesures d'hygiène sont à même de recevoir une impulsion très puissante : l'hygiène au siècle 19me peut, et doit être beaucoup plus active que l'hygiène de l'époque de Moïse, ou que l'hygiène du moyen-âge. » (voir le rapport page 3.)

L'hygiène, dit M. Fauvel se complique comme la civilisation. L'hygiène de Moïse était pour son époque et pour les Hébreux aussi complète et parfaite que celle de nos jours. Seulement c'était une hygiène beaucoup plus simple, et parfaitement en harmonie avec les mœurs, les habitudes et la civilisation des Hébreux à cette époque reculée. Mais il n'est peut être pas exact de dire que l'hygiène d'aujourd'hui doit être autre ou plus active que celle de Moïse.

Il y a finalement, dit M. Fauvel, au bas de la même page, une proposition dont le sens lui échappe; il désirerait que M. le rapporteur voulût bien expliquer ce que signifient ces mots: « l'heure de la régénération sanitaire a sonné. »

Beaucoup de personnes, répond M. Monlau, auraient de la peine à trouver dans l'introduction du Rapport les contradictions signalées par M. Fauvel et moins encore des expressions dont le sens ne peut pas être saisi. M. Monlau pense que l'exposé en est très simple et très-clair, à moins, dit-il, qu'on ne veuille complètement bannir de la science le langage métaphorique; c'est évidemment à quelques expressions de ce genre que M. Fauvel s'est arrêté. Pour ne parler, continue M. Monlau, que des observations de M. Fauvel qui portent sur le fond même du sujet, tous les arguments qu'il a mis en avant peuvent être facilement réfutés. Et d'abord, lorsque dans le Rapport il est question des conquêtes de l'hygiène, la Commission a voulu par cela signaler la différence qui existe entre les moyens thérapeutiques et les moyens dont dispose l'hygiène. M. Fauvel doit bien comprendre cette différence, car il est incontestable et personne ne l'ignore que lorsque l'hygiène entreprend quelque chose c'est pour toujours. Ces prescriptions ont un caractère de permanence et elles ne peuvent être interrompues ou suspendues qu'au grand détriment des pays qui négligent ou méconnaissent cette loi. Pourquoi l'Egypte a-t elle eu la peste? c'est à coup sûr pour avoir négligé l'application des mesures hygiéniques, qui l'avaient jadis rendue si florissante. Mais pour changer d'exemple, on n'a, dit M. Monlau, qu'à citer l'usage du linge, c'est une vraie conquête de l'hygiène, depuis qu'on en fait un usage méthodique et général beaucoup de maladies de la peau ont disparu. Peut-on dire la même chose, se demande M. Monlau des moyens thérapeutiques? Certes que non, très-efficaces aujourd'hui, ils peuvent demain n'exercer aucune action sur la santé, on pourrait là dessus citer une infinité d'exemples.

Pour ce qui est des demi-mesures, M. Monlau croit que M. Fauvel en donne une interprétation violente. Les mesures hygiéniques pour être efficaces, et d'une action permanente doivent être progressives, avancées autant que les sciences dont elles dépendent, car, il ne faut pas l'oublier, l'hygiène plutôt qu'une science est un art, c'est la résultante d'un grand nombre de sciences. Le problème, poursuit M. Monlau, a été posé dans des termes généraux, pour faire comprendre qu'il y a des moyens en hy-

giène qui sont bornés, limités, incomplets, ou bien qu'il y a des moyens dont l'application se fait sans suite ni méthode : c'est tout cela qui constitue des demi-mesures n'aboutissant à rien de satisfaisant. L'hygiène du 19me siècle doit différer de celle de Moïse, dit le Rapport et M. Fauvel combat cette assertion, mais doit-on, se demande M. Monlau, rappeler à M. Fauvel les travaux entrepris de nos jours, travaux immenses inconnus des anciens et du moyen âge? Il croit que cela n'est pas nécessaire. Il suffit de dire qu'on a fait d'immenses progrès en hygiène, depuis le temps de Moïse et que l'on en fera beaucoup d'autres à l'avenir. L'hygiène progresse incessamment. Relativement à la régénération sanitaire que M. Fauvel déclare ne pas comprendre, la pensée de la Commission a été de faire ressortir l'importance d'un fait propre à notre époque, à savoir, que depuis peu de temps seulement on a commencé à comprendre toute l'importance de l'hygiène, de ses lois et de ses moyens, ce qui est un indice de la nécessité reconnue par toutes les nations civilisées de changer de système de sortir de l'ornière tracée par les anciens, pour les égoûts, la canalisation des eaux, le drainage, l'assainissement des villes et des ports, le dessèchement des marais et mille autres choses.

M. Fauvel s'applaudit d'avoir provoqué ces explications. Sur la proposition de M. Sawas qui déclare comprendre parfaitement cette introduction et qui la trouve bonne et utile, S. Exc. le Président la met aux voix.

Elle est adoptée à l'unanimité.

M. Segovia continue la lecture du rapport.

Après la lecture de la première section M. Fauvel prend la parole :

La Commission, dit M. Fauvel, a trouvé un moyen bien simple de faciliter sa tâche, mais il faut bien le dire, ce moyen consiste tout simplement à ne pas l'accomplir. Qu'on lise, dit M. Fauvel, aux pages 6 et 7 cette déclaration de la Commission à propos des foyers originels de choléra : « Sans s'enquérir, dit-elle, si la permanence est dûe à des conditions naturelles du sol et du climat, ou à des conditions artificielles créées par l'homme lui-même, à des causes de genèse nouvelle et continuelle, ou simplement à des transmissions suivies de la maladie, elle considère tout simplement comme *foyer originel* chaque localité dans laquelle le choléra s'est établi en permanence. Par cette déclaration la Commission exclut, comme on le voit, la recherche des causes de cette permanence, c'est à dire le point

capital à résondre. Cela fait, la Commission ajoute : « Par cette manière, d'envisager la question, nous écartons toute recherche des moyens *spéciaux*, et nous n'avons qu'à nous occuper des mesures hygièniques reconnues efficaces partout contre toutes les maladies pestilentielles, et *par conséquent aussi contre le choléra.* » En d'autres termes, dit M. Fauvel, la Commission se borne à conseiller, contre la genèse du choléra, les moyens habituels de l'hygiène. C'est comme si, voulant détruire l'endémie palustre, on avait négligé d'étudier la cause spéciale qui l'entretient, et l'on s'était contenté d'employer les moyens d'hygiène reconnus efficaces contre toutes les maladies endémiques. Qui ne voit, continue M. Fauvel, l'insuffisance d'un pareil système ? Il y a donc là, selon lui, une lacune dans le travail de la Commission.

M. Monlau avoue que les observations et les arguments de M. Fauvel sont de prime abord imposants et de force. Mais à les bien considérer ils ne peuvent pas s'appliquer au Rapport. M. Fauvel, oublie que ce Rapport est la suite du Rapport-général où toutes ces questions ont été soigneusement traitées et étudiées. Les conclusions du Rapport-général, la Conférence les a adoptées, et, la Commission ne pouvait et ne devait pas modifier une conclusion à laquelle elle avait souscrit. Qu'est-ce qu'il est dit dans le Rapport-général ?

Nous ne connaissons pas les conditions spéciales sous l'influence desquelles le choléra naît dans l'Inde et y règne dans certaines localités à l'état endémique. Cette conclusion du chap. 6 avait été, fait observer M. Monlau, adoptée à l'unanimité. Par conséquent, la Commission ne pouvait pas s'arrêter sur la recherche des conditions spéciales qui engendrent et fixent pour ainsi dire le choléra dans l'Inde. Toutefois elle a eu soin d'indiquer que toute endémie a quelque chose de spécifique, bien que le *quid* de cette spécificité soit inconnu, et, par conséquent les conditions essentielles de l'endémicité échappent, du moins jusqu'à présent, aux recherches les mieux dirigées. La Commission ne pouvait pas non plus conseiller des moyens spéciaux et elle s'est bornée tout simplement à dire que par l'emploi judicieux, méthodique des mesures hygiéniques générales on peut parvenir à quelque avantage concluant. Dans les Indes Anglaises, par exemple, on s'est bien trouvé de l'application en grand et méthodiquement opérée des mesures hygiéniques comprises dans la catégorie des mesures d'assainissement. La Commission en procédant comme elle l'a fait a cru sui-

vre le chemin le plus naturel et le plus logique. A-t-elle eu tort de ne pas se livrer à la recherche des causes génératrices du choléra ? Non certes, car outre qu'elle n'était pas appelée à faire cela, ayant été précédée par la Commission qui a élaboré le Rapport-général, elle n'aurait pu aboutir à aucun résultat pratique en se livrant à Constantinople à des recherches de cette nature. Si le choléra doit être un jour connu dans son origine, ce jour est, on peut bien le dire, encore loin, et si M. Fauvel au lieu d'établir un parallèle entre le choléra et les fièvres palustres avait voulu mettre en regard du choléra d'autres maladies, il aurait vu que si nous ne savons rien à propos de la genèse du choléra, nous nous trouvons dans la même ignorance au sujet d'une foules d'autres maladies pestilentielles et non pestilentielles.

Sur la demande de plusieurs Délégués, S. Exc. le Président met aux voix le texte de la première section du Rapport.

Il est adopté à l'unanimité.

A propos de la conclusion de cette section, M. Bartoletti fait observer que la Commission se prononce trop catégoriquement et d'une manière trop absolue lorsqu'elle dit: Il n'y a pas de moyens directs pour éteindre les foyers endémiques du choléra. M. Bartoletti est d'avis qu'on gagnerait à tempérer cette assertion, si on disait par exemple comme on l'a fait dans le Rapport-général: Nous ne connaissons pas de moyens etc.=on se mettrait à l'abri de toute critique.

M. de Lallemand partage complètement la manière de voir de M. Bartoletti.

M. Fauvel s'exprime dans le même sens; il serait préférable, croit-il, de dire que dans l'état actuel de la science nous ne connaissons pas de moyens directs pour éteindre les foyers endémiques du choléra. La Commission aurait dû s'en tenir là et se prononcer avec réserve, car qui peut affirmer qu'un jour ces moyens directs ne seront pas découverts comme ils l'ont été pour les fièvres paludéennes?

M. Mühlig trouve justes ces observations, et il avoue que c'est un défaut de rédaction. La Commission elle-même en d'autres endroits de son Rapport s'est prononcée avec plus de réserve.

M. Goodeve opine qu'il faudrait adopter la modification de rédaction proposée par M. Bartoletti. Rien, dit-il, ne nous autorise à croire que le choléra restera éternellement sur la surface du globe, que les conditions qui concourent à sa naissance existeront toujours, et que les moyens de le

prévenir ou de l'empêcher dans son évolution feront toujours défaut. Donc la réserve est de rigueur.

La Conférence après avoir accepté cet amendement, adopte à l'unanimité la conclusion qui doit commencer par les mots :—*nous ne connaissons pas, etc.*

La séance est levée à 4 h. 1/2.

Ordre du jour de la prochaine séance.

Suite de la discussion du Rapport de la première Commission.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Dr NARANZI.—B^on^ DE COLLONGUE.

Procès-verbal N° 22.

Rectifications.

Page 4 ligne 14: supprimez le mot *meilleures.*

» 11 » 12: au lieu de avaient réfutées lisez : *avaient été réfutées.*

» 11 au lieu du passage qui commence à la ligne 13, *M. Monlau parle* etc., et finit à la ligne 20 par ces mots: *nous ramener à cette époque.* lisez : « *M. Monlau procède d'une méthode scientifique qui n'est pas la nôtre. En un mot il est dogmatique, il prend ce qu'il croit être une vérité incontestable et partant de là il déduit sa théorie. Tout argument qui ne vient pas à l'appui de sa thèse est réputé par lui mauvais ; tout fait qui contrarie sa doctrine est rejeté comme douteux ou inexact. On raisonnait de la sorte au moyen âge, dit M. Fauvel, alors que la scolastique florissait. M Monlau voudrait nous ramener à cette éqoque.* »

Plus bas, ligne 25: au lieu du mot *logique* lisez : *méthode.*

» » » 30: au lieu de *qu'ils n'ont pas succombé,* lisez : *qu'ils n'ont pas été atteints.*

Page 12 au lieu du passage qui commence ligne 17 par ces mots : A M. Stenersen qui combat etc., et finit ligne 31, lisez: *A M. Stenersen qui combat la conclusion du chapitre 27, M. Fauvel répond qn'en admettant que l'immunité est proportionnée à la résistance vitale, le rapport n'a pas voulu donner une explication mais seulement constater un fait : et quant à la conclusion où il voudrait supprimer un membre de phrase, M. Stenersen ne s'est pas aperçu que ce qu'il voudrait qu'on supprimât est le complément nécessaire de ce qui précède et appelle l'attention sur ce qui suit.* »

Page 19 ligne 16: au lieu de «*celles qui durent plus long-temps,* lisez : *ces dernières.* »

» 24 » 16: au lieu de «*qui n'est nullement cholérique et qui ne le devient pas,* lisez: *qui sont de vraies diarrhées cholériques sans qu'elles deviennent jamais du choléra confirmé.* »

» 24 » 20: au lieu de « *cependant ces diarrhées se prolongent,* lisez : *tout au contraire les diarrhées qui ne se transforment pas en choléra confirmé se prolongent souvent.* »

ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL DE LA 24 SÉANCE.

RAPPORT

Sur les mesures d'hygiène à prendre pour la préservation contre le Choléra Asiatique; fait au nom d'une Commission composée de MM. Gomes, Goodeve, Lenz, Millingen, Monlau, Mühlig *et* Spadaro (médecins), *et de* MM. Keun, Malkom-Khan, Segovia *et* Vetsera (diplomates).

Par M. le Dr Monlau, rapporteur.

MESSIEURS ET TRÈS HONORABLES COLLÈGUES,

La Conférence est arrivée à la partie la plus difficile, sinon la plus importante, de ses travaux : après de longues études sur l'origine, la genèse, la transmission et la propagation du choléra asiatique, elle va s'occuper des moyens de préservation contre ce fléau qui depuis un demi siècle vient jeter, par ses invasions trop fréquentes, la consternation et la mort sur toute la surface du globe.

Conformément à la nature du problème, vous avez décidé que le système de préservation comprendrait trois ordres de mesures; 1° mesures hygiéniques ; 2° mesures quarantenaires ; 3° mesures spéciales pour l'Orient.

Vous avez livré à trois Commissions l'examen de ces trois ordres de mesures, et la Commission de mesures d'hygiène vient aujourd'hui vous rendre compte du résultat de ses délibérations. Elle ne se flatte

point d'avoir répondu pleinement à votre attente, mais elle ne doute pas que vos lumières perfectionneront le travail de la Commission.

—

Dans le monde physique, comme dans le monde moral, l'emploi des moyens préventifs du mal est toujours préférable à la nécessité de la répression ; et la raison en est si simple, qu'il serait tout à fait superflu de s'arrêter à la développer. De là découle l'importance de l'*hygiène*, qui n'est que l'art de la préservation de la santé des hommes et de la salubrité des lieux qu'ils habitent.

La haute importance des mesures hygiéniques se déduit tout naturellement des fâcheux effets de leur oubli ou de leur transgression. Il n'y a pas une seule maladie qui n'ait pour origine, ou pour auxiliaire, l'oubli des préceptes de l'hygiène ; l'on sait, du reste, combien sont précieux les services que l'hygiène rend à la thérapeutique. A cause de l'incurie et de l'insouciance en matière d'hygiène, la terre a été mille fois ravagée par les pestilences, et c'est principalement par l'hygiène que ces fléaux ont presque disparu des pays civilisés. Aussi, avez vous pensé que les moyens fournis par l'hygiène doivent apparaître en première ligne parmi les mesures que nous allons recommander contre le choléra.

Ces mesures hygiéniques ont non seulement l'avantage de mettre obstacle au choléra asiatique, mais encore à toute espèce de maladie pestilentielle, et d'en atténuer toujours les effets lorsque l'invasion n'a pu être empêchée. La thérapeutique ne possède pas de panacées, mais en hygiène tous les moyens ont un certain caractère d'universalité.

Les mesures d'hygiène produisent, en outre, des résultats efficaces et permanents, ce qui n'a pas toujours lieu pour les moyens coércitifs ou curatifs. L'hygiène ne perd jamais aucune de ses conquêtes.

Hâtons-nous d'ajouter, cependant, que l'efficacité des mesures hygiéniques dépend d'une exécution loyale, opportune, énergique et complète, de ses mesures ; les demi mesures, la tiédeur ou l'incurie dans l'exécution, n'aboutissent à rien de satisfaisant. Il est très important que les Gouvernements, et même les individus, n'oublient jamais ce principe capital, qui est la *conditio sine quâ non* de l'efficacité de l'hygiène.

On objecte que l'action des mesures hygiéniques, quoique sûre et

efficace, est d'ordinaire lente ; ce n'est qu'au bout de plusieurs années, et quelquefois de siècles, que l'on arrive à des résultats bien sensibles. Oui, cela est vrai dans une certaine limite, lorsqu'on est dépourvu de moyens auxiliaires; mais aujourd'hui que les progrès de l'industrie humaine ont mis à notre disposition des moyens presque magiques, les mesures hygiéniques sont à même de recevoir une impulsion très puissante : l'hygiène du siècle XIX peut, et doit, être beaucoup plus active que l'hygiène de l'époque de Moïse, par exemple, ou que l'hygiène du moyen-âge ; et le concours empressé des Gouvernements, et l'appui de l'opinion publique, assez éclairée déjà sur les avantages du système préventif, nous portent à croire que désormais les mesures hygiéniques seront conçues sur une grande échelle, et mises à exécution avec toute l'énergie et toute l'intelligence qu'on a droit d'attendre de la science contemporaine.

D'ailleurs, l'administration publique, dans tous les pays, a été amenée à se convaincre, et par le raisonnement et par de cruelles expériences, que les frais que nécessitent les mesures préventives sont des frais éminemment reproductifs. Cette conviction passera dans les masses, et tout le monde finira par avouer, avec nous, qu'aucune mesure hygiénique n'est jamais trop *coûteuse*, et que la dépense des sommes, même les plus fortes, pour la réalisation des mesures de salubrité, n'est au fond que placer de l'argent à un intérêt très considérable. On a dépensé des sommes énormes pour le perfectionnement des moyens de s'entre-détruire ; et l'on hésiterait à dépenser quelque chose pour l'hygiène, qui est l'art de la conservation, l'art d'entretenir la vie et d'éloigner les maladies et la mort? Non, car les pays qui sont à la tête de la civilisation moderne entreprennent déjà des travaux d'assainissement tels que nous les admirons exécutés, ou en voie d'exécution, par exemple en Hollande, à Paris, ou à Marseille, ou tels que ceux des égoûts de Londres, où l'on a dépensé déjà, seulement dans les derniers travaux de canalisation, plus de trois millions de livres sterlings. La Grande-Bretagne a étendu aussi sa sollicitude aux Indes, et c'est avec la satisfaction la plus vive que nous avons appris qu'elle y dépense en ce moment un million de livres sterlings en frais de canalisation, et qu'elle vient de destiner six-cent mille livres encore pour approvisionner d'eau potable la ville de Calcutta.

L'heure de la régénération sanitaire a sonné, car les bienfaits de cette régénération commencent à être profondement sentis, et nous

avons l'espoir que la civilisation moderne, par son entrain et par le magnifique arsenal de moyens dont elle dispose, l'emportera bientôt sur les œuvres gigantesques de l'ancienne Rome, et sur les constructions colossales et sur les institutions hygiéniques de l'Orient primitif.

Les mesures hygiéniques se recommandent enfin par une dernière considération, savoir que l'époque n'est pas très éloignée où elles deviendront peut-être les seules mesures possibles, les seules capables d'inspirer quelque confiance. L'Occident a été récemment ému, il est vrai, par l'invasion cholérique de 1865: le choléra asiatique, profitant, comme l'homme, des découvertes modernes, fait ses incursions beaucoup plus facilement qu'il y a cinquante ans, et il se propage au loin avec toute la rapidité des bateaux à vapeur et des chemins de fer. L'Europe a donc été forcée de réfléchir sérieusement sur les moyens de déjouer les invasions ultérieures du fléau asiatique, et nous voici assemblés pour rechercher en commun le meilleur système de défense à adopter. Dans ce moment, on est disposé à tout accepter; tout le monde est d'accord sur ce que les mesures quarantenaires ne portent, au bout du compte, à l'industrie et au commerce qu'un préjudice beaucoup moins considérable que les invasions cholériques elles-mêmes, avec leurs suites; mais, dans quelque temps il adviendra que chaque pays, prenant en main la balance de ses propres intérêts, fera pencher diversement le plateau des quarantaines La navigation et le commerce, aujourd'hui dociles, en apparence, au joug des lazarets et des purifications, reviendra bientôt à ses naturelles antipathies contre toute sorte d'entraves; les guerres, les grands intérêts coloniaux, les vastes entreprises de transport, viendront, par leurs exigences, renforcer les cris de la navigation, et il se pourrait bien que le système quarantenaire fléchît dans sa sévérité indispensable, et tombât en désuétude; mais le choléra asiatique, ou toute autre pestilence, pourra bien reparaître tôt ou tard: c'est alors que les peuples de l'Occident voudront recourir de nouveau aux quarantaines sérieuses; mais, pris au dépourvu, il sera trop tard pour s'opposer à son envahissement, et ils n'auront peut-être d'autres moyens de défense que les améliorations hygiéniques réalisées dans leurs ports et dans leurs centres de population, dans la construction navale et dans la police sanitaire des grandes agglomérations qui se déplacent.

C'est sous l'influence de ces considérations que votre Commission s'est livrée à l'examen des mesures de préservation par l'hygiène.

Après les avoir examinées, nous nous sommes décidés pour la méthode d'exposition qui suit :

1° Mesures hygiéniques à prendre dans les localités ou contrées censées être des foyers permanents de choléra.

2° Mesures hygiéniques pour empêcher, autant que possible, l'importation du choléra par la voie de mer. *(Hygiène navale).*

3° Mesures hygiéniques pour diminuer les chances de réception de la maladie dans les ports. *(Assainissement des ports).*

4° Mesures hygiéniques pour diminuer la prédisposition des localités. (*Assainissement des villes*).

5° Mesures d'hygiène pour arrêter, autant que possible, la propagation dans l'intérieur du pays.

6° Mesures d'hygiène, enfin, pour prévenir et éteindre les foyers d'infection, en détruisant dans l'air, ou dans les objets contaminés, les germes de la maladie. (*Désinfection*).

Ainsi donc, tarir, dans les limites du possible, les sources génératrices du choléra asiatique, — s'opposer ensuite à l'importation de la maladie, — détruire, sans discontinuer, la disposition des localités à le recevoir,— diminuer ses ravages lorsque, malgré toutes les précautions, la maladie a pénétré dans une localité, — et tout cela par des moyens de l'ordre hygiénique, — tel est le plan de préservation et de défense que la Commission va développer. — Dans ce cadre trouveront naturellement leur place toutes les mesures prophylactiques ; et, d'ailleurs, cette méthode d'exposition a pour elle l'avantage de s'accorder parfaitement avec le programme que la Conférence a bien voulu nous tracer pour servir de guide aux travaux de la Commission.

I

Remonter jusqu'à la source du mal, le mettre à découvert dans toute son étendue, le combattre avec force jusqu'à l'extinction complète, c'est évidemment en prévenir à jamais le retour. C'est pourquoi votre programme, Messieurs, nous a posé comme première question celle de savoir s'il y a des moyens préventifs qui permettraient d'éteindre les foyers originels du choléra dans les Indes.

Le problème est assez difficile à résoudre, et vous mêmes, vous avez reconnu cette difficulté, presque insurmontable, en avouant, dans l'une des conclusions déjà adoptées par la Conférence, que nous ne connaissons pas les conditions spéciales sous l'influence desquelles le choléra naît dans l'Inde et y règne, dans certaines localités, à l'état endémique. Il s'agit, en effet, d'une endémie, et les endémies, expression pathologique ordinaire d'un pays, recèlent au fond quelque chose de spécifique, qui constitue comme l'idiosyncrasie morbide de certaines contrées. Quelques-unes de ces endémies s'expliquent assez naturellement par des influences connues; mais il y a des endémies, surtout parmi les exotiques, qui sont les plus désastreuses, dont l'étiologie est remplie d'obscurités. Nous n'en savons rien au juste, mais nous croyons que ce facteur insaisissable et mystérieux des produits endémiques, n'est véritablement que le résultat de la combinaison des influences antihygiéniques. Il est constant que les mesures hygiéniques, ou les progrès de l'hygiène, tendent toujours à détruire la cause des maladies endémiques, ou à en restreindre les fâcheux résultats.

Ce que nous venons de dire nous fait aborder avec quelque espoir de réussite la résolution du problème de l'extinction de l'endémie cholérique. Certes, nous ne pouvons pas agir directement sur la cause efficiente primaire du choléra des Indes, nous ne répondons pas de l'étouffer dans son berceau; mais en écartant les différentes causes que l'expérience nous fait considérer comme pouvant servir d'occasion ou d'auxiliaires à la genèse du fléau, peut-être arriverons nous à lui ôter sa force principale, à le circonscrire, à le déposséder de son caractère d'importabilité, et, en tout cas, nous sommes sûrs d'arriver à des résultats profitables. Nous ne pouvons agir directement sur ce qui nous est inconnu, mais nous pouvons agir d'une manière indirecte, par une espèce de perturbation, c'est à dire en troublant, par l'hygiène, les procédés de la funeste élaboration du choléra, ou, ce qui revient au même, en modifiant les conditions statiques et dynamiques des habitants, et détruisant par là la réceptivité individuelle.

Maintenant, la Commission croit indispensable de s'entendre tout d'abord sur le véritable sens de l'expression *foyer originel* du choléra. La Commission, désirant écarter de son travail toute sorte de théories, et ne voulant pas susciter des controverses stériles, considére tout simplement comme *foyer originel* chaque localité dans laquelle le choléra s'est établi *en permanence*, sans s'enquérir si cette permanence est dûe

à des conditions naturelles du sol et du climat, ou à des conditions artificielles créées par l'homme lui-même, à des causes de genèse nouvelle et continuelle, ou simplement à des transmissions suivies de la maladie.

Par cette manière d'envisager les foyers originels du choléra, nous écartons toute recherche des moyens *spéciaux*, et nous n'avons qu' à nous occuper des mesures hygiéniques reconnues efficaces partout contre toutes les maladies pestilentielles, et par conséquent aussi contre le choléra. La Commission aura donc à examiner dans quelle étendue ces mesures sont-elles applicables, ou déjà appliquées, dans l'Inde, et quels résultats il est raisonnable d'en attendre.

La Commission a le bonheur de posséder parmi ses membres M. le Dr Goodeve, l'homme le plus compétent, par sa longue résidence dans les Indes, pour l'éclairer, d'un côté, sur les difficultés qui s'opposent dans ce pays à l'introduction des mesures hygiéniques sur une grande échelle, difficultés qui proviennent de l'étendue du pays, des conditions du sol, du nombre des populations et de leur état intellectuel, — et, d'autre part, sur l'étendue que la sollicitude du Gouvernement anglais est déjà parvenu à donner à ces mesures.

Pour ne pas accorder trop d'espace à l'examen d'une seule question, au préjudice des autres, qu'il nous soit permis de nous borner à une simple énumération des mesures hygiéniques, en partie déjà exécutées, et en partie encore en voie d'exécution, dans l'Inde, sans entrer dans leurs détails et dans leur appréciation. Afin d'établir un certain ordre dans cette énumération, nous commencerons par les mesures concernant l'*organisation du service sanitaire*.

Depuis le commencement de l'année 1864, le Gouvernement anglais a institué, outre les administrations déjà existantes, trois nouvelles Commissions sanitaires permanentes ayant leur résidence à Calcutta, Madras et Bombay. Ces Commissions sont composées d'employés du service civil et d'officiers, de médecins et d'ingénieurs de l'armée. Elles doivent, selon les ordonnances qui les constituent, organiser l'administration sanitaire générale pour chaque présidence et des conseils de santé locaux et exécutifs pour diriger le service des villes, l'institution des officiers de santé, etc. Les plans d'organisation de ces conseils sanitaires locaux sont déjà soumis au Gouvernement et pris en considération. La tâche des trois Commissions sanitaires permanentes est, d'ailleurs, indiquée par les ordonnances du Gouvernement

comme ayant pour but : de donner des conseils et de l'assistance dans tout ce qui concerne la santé publique, de veiller sur la condition sanitaire de la population européenne et indigène, de faire des rapports sur les maladies prédominantes, les causes et moyens de prévenir les maladies épidémiques; de donner leur avis sur l'assainissement des villes des indigènes, sur l'emplacement de nouvelles stations, sur la disposition des cantonnements et des bazars nouveaux, ou sur l'amélioration des stations et des bazars déjà existants; d'examiner de nouveaux plans de casernes et d'hôpitaux, etc. Voilà une série de mesures préliminaires excellentes, en même temps qu'indispensables, pour arriver à des résultats satisfaisants.

Passons maintenant aux mesures qui ont rapport à l'*assainissement des villes*, assainissement qui, tout récemment, a été entrepris sur une échelle assez vaste.—D'abord, à Calcutta, on travaille, déjà depuis quelques années, à un système colossal de drainage, qui comprend toute la ville et qui éloignera de la rivière les égoûts actuels. Le gouvernement de Bengale, de son côté, a déjà sanctionné la construction d'un aqueduc pour fournir à la ville de la bonne eau, prise à une distance de 25 kilomètres, et de canaux de distribution. Les anciens égoûts, qui étaient comblés, ont été parfaitement nettoyés, et les latrines publiques ont subi beaucoup d'améliorations ; leur contenu est emporté journellement à la distance d'une lieue pour être enfoui dans une pièce de terre déserte, et un chemin de fer est en construction pour emporter hors de la ville toutes les ordures et immondices dans des seaux bien fermés. Toutes les industries nuisibles à la santé ont été bannies de l'intérieur de la ville ; la municipalité a entrepris la construction d'un grand abattoir public hors de la ville, et dès qu'il sera achevé, tous les abattoirs intérieurs seront supprimés. Toutes les immondices les débris organiques, les matières pourries et les animaux morts, sont enlevés journellement et brûlés dans un four à une lieue de distance de la ville. Enfin, la déplorable pratique de jeter les cadavres dans le Hooghly, a été absolument prohibée dans la ville; les cadavres sont brûlés, et le bois pour l'incinération est fourni aux pauvres par les soins et aux frais de la municipalité.

A la ville de Bombay, sans compter plusieurs autres améliorations réalisées depuis long temps, on a commencé tout récemment à établir un système de nettoyage beaucoup plus complet ; les rues sont élargies, et par là, comme aussi par le terrassement des murailles de

l'ancienne forteresse, on a gagné une plus ample ventilation. Par la construction de nouveaux quartiers on tâche de remédier à l'encombrement des logements de la classe indigente. Le Gouvernement prépare même un *acte* pour statuer sur tous ces points, comme aussi pour régler la hauteur des maisons, le minimum des ouvertures pour la ventilation des appartements, etc.

Dans la ville de Madras on prépare les plans de grands aqueducs pour approvisionner la ville d'une eau excellente, avantage auquel sera adjoint un bon système de drainage.

Ajoutons qu'outre ces travaux dans les villes capitales, l'assainissement de plusieurs autres villes, surtout de celles attenantes aux stations militaires, est déjà en pleine voie d'exécution.

L'énumération détaillée des mesures hygiéniques prises *à l'égard des troupes*, depuis une série d'années assez longue, nous mènerait trop loin. Parmi ces mesures, celles concernant le déplacement et la dissémination en temps de choléra méritent une mention spéciale, qui sera faite autre part. Il suffira de dire ici que, grâce à toutes ces mesures, l'état sanitaire des troupes s'est considérablement amélioré depuis 10 à 15 années. Les casernes, dans les stations militaires, ont été agrandies et réformées, et dans plusieurs cantonnements bâties à neuf, le tout d'après un plan-modèle qui remplit parfaitement les conditions que l'hygiène la plus avancée est en droit d'exiger par rapport à l'emplacement, à l'orientation, à l'abondance d'eau, aux moyens d'ablution, aux latrines, etc. — Le nettoyage et la vidange des latrines se font journellement; les déjections des cholériques sont désinfectées par des moyens chimiques, et enfouies loin des casernes et des campements; les malades sont tenus à se servir de latrines séparées; ils sont traités dans des hôpitaux spéciaux; leurs lits et leurs hardes sont brûlés; les casernes et les habitations doivent être purifiées et badigeonnées avant le retour des troupes, qui ont été soumises au déplacement, ou à la dissémination, dès le commencement de toute épidémie.

La transmissibilité du choléra n'ayant été reconnue aux Indes, comme presque partout ailleurs, que depuis peu, ce n'est aussi que dans ces derniers temps qu'on a commencé à baser les mesures sanitaires sur le principe de la transmissibilité. Dans l'Inde, les mesures spéciales fondées sur la transmissibilité n'ont été prises en sérieuse considération qu'après la présentation du rapport de M Strachey, président de la Commission d'enquête sur l'épidémie de 1861 dans les

provinces du N.-O. de l'Hindostan ; et ce n'est que depuis une époque encore moins éloignée qu'on pense sérieusement au danger provenant des *pèlerinages des Hindous,* danger signalé, il est vrai, déjà depuis longtemps, par Graves et d'autres. Dans le rapport annuel de Bombay pour 1863 *(Deaths in Bombay during* 1863*)*, le Dr Haines expose en détail l'influence probable des pèlerinages sur la ville de Bombay. Le directeur général du service médical de Madras, dans son rapport sur la mortalité à Madras en 1864 (10th. *Annual report on the causes of death in Madras for* 1864), attribue aussi aux individus revenant des fêtes de Conjeveram, Tripetty, Trivellore, etc., l'importation fréquente du choléra dans la ville de Madras, comme, déjà en 1860, il avait attribué la propagation du choléra à travers les provinces centrales aux pèlerins venant des temples de Mahadéo. — Le Dr Leithz, président de la Commission sanitaire de Bombay, nous dit, dans son rapport du 10 mars 1866, qu'à la suite des mesures prises pour prévenir les ravages du choléra parmi les pèlerins, on a obtenu un brillant résultat : les lieux de pèlerinage étaient au nombre de *quatre-vingt quatorze,* et, quoique le choléra sévît dans la présidence, il n'éclata que dans *deux* de ces endroits, savoir ; à Jeypoorie, où 5,000 dévots étaient ressemblés, et à Sumgum, où la réunion était de 50,000. La mortalité paraît ne pas avoir été considérable ni dans l'un ni dans l'autre de ces lieux ; ce qui est un exemple frappant de la puissance des mesures d'hygiène.

Les mesures prises pour éviter les dangers des pèlerinages sont de deux sortes : 1° mesures pour empêcher le développement du choléra aux lieux de pèlerinage pendant l'agglomération des pèlerins ; 2° mesures pour empêcher les pèlerins de propager la maladie sur leur chemin au retour.

Les mesures prises aux lieux de pèlerinage ont été : pour Conjeveram la construction de latrines suffisantes, l'enlèvement des déjections alvines deux fois par jour et leur enfouissement à distance, les rues journellement balayées et arrosées d'eau, et toutes les immondices enlevées par un service de transport par charrettes, etc. ; on avait pourvu la ville d'une bonne eau potable en quantité suffisante et accessible à tous. Les bestiaux ont été éloignés de la ville. — Grâce à ces mesures, il n'y eut pas de choléra à Conjeveram pendant les fêtes des années de 1864 et 1865, chose inouïe jusque là.

A Bombay, on avait établi de vastes campements pour les pèlerins, afin d'empêcher l'encombrement dans les villes ; des hôpitaux pour les

pélerins; un système de nettoyage; on avait construit des latrines, qui dans quelques endroits consistaient tout simplement dans des tranchées faites, sous le vent, à une distance convenable des campements, et comblées de terre après leur service.

Pour ce qui concerne le *retour des pèlerins*, le gouvernement de Bombay applique l'article 271 du code pénal, concernant les maladies contagieuses, et fait surveiller l'entrée des pèlerins dans les villes et les stations militaires en exigeant, avant de leur en permettre l'accès, des preuves qu'ils ne souffrent ni de diarrhée ni d'autres indices de choléra, et que depuis 48 heures ils n'ont pas eu de communications avec des individus présentant ces symptômes. A défaut de ces preuves, les pèlerins sont gardés en observation pendant 48 heures, et ensuite, si aucun indice de la maladie ne s'est manifesté, ils sont admis dans la ville. Dans le cas contraire, les malades sont séparés des individus sains, et ceux-ci ont à recommencer la quarantaine d'observation de 48 heures. Pour appliquer ces mesures l'on prend des arrangements afin que les pèlerins trouvent des provisions, de l'abri et même de l'assistance médicale. S'il n'y a pas moyen de leur fournir des tentes ordinaires, on construit des tentes à la façon des indigènes; des latrines doivent être établies sous le vent du campement ; elles peuvent consister en simples tranchées de un pied et demi de profondeur et autant de largeur; ces latrines doivent être les seuls lieux d'aisance pour les pèlerins, et les individus sont tenus, après en avoir fait usage, de recouvrir immédiatement leurs excréments avec de la terre. Les malades doivent être séparés des autres pèlerins, et leurs déjections traitées par des désinfectants tels que la solution de permanganate de potasse, chlorure de zinc, acide carbonique, ou, à défaut de ces substances, de la chaux vive.

Le règlement de ces pèlerinages rencontre de grandes difficultés d'exécution ; on voit qu'il n'est pas encore définitivement arrêté, et il faut espérer que ces dispositions recevront chaque année les modifications dont l'utilité et même la nécessité seront démontrées par l'expérience.

En examinant de près toutes les mesures hygièniques en voie d'exécution dans l'Inde, personne ne pourra nier la grande et salutaire influence qu'elles devront nécessairement avoir sur l'intensité des épidémies en général, et spécialement du choléra, en diminuant la prédisposition à l'infection cholérique et en détruisant plusieurs des causes

adjuvantes de la maladie. Cependant, qu'il nous soit permis de rappeler que les mesures hygiéniques à elles seules ne suffiront pas pour éteindre le choléra dans un avenir prochain, car bien que leur influence soit sûre et indubitable, et bien que cette influence ne puisse être remplacée par aucun autre moyen, elles n'agissent que progressivement; elles finiront peut-être par éteindre le choléra, tout en diminuant d'abord ses ravages, mais nous voudrions des résultats moins tardifs, nous avons besoin de nous prémunir contre l'importation, nous devons opposer des obstacles sérieux et décisifs à la propagation d'une maladie aussi transmissible que le choléra : cette transmissibilité peut donner lieu à des épidémies meurtrières tant qu'il existera un seul foyer permanent de choléra, on pourrait presque dire tant qu'il existera un seul individu atteint de cette maladie. On voit bien, donc, que les mesures directes contre l'importation et la propagation *(mesures restrictives)* sont indispensables, et qu'elles le seront encore pendant longtemps. Quoiqu' elles ne soient pas du ressort de l'hygiène générale, nous ne pouvons que les conseiller dès à présent comme la précaution pour le moment la plus valable contre l'importation du fléau: mais ce même conseil vous sera donné probablement, et avec plus d'autorité, et avec plus de détails, par la Commission chargée de vous soumettre un plan complet de police sanitaire pour les pèlerinages.

La Commission espère que tous les Gouvernements qui ont des possessions dans les Indes, voudront bien concourir au même but humanitaire par des mesures hygiéniques semblables à celles prises dans les Indes anglaises, et appliquées dans leurs territoires respectifs selon les besoins locaux.

En reconnaissant, et en appréciant, tous les avantages en partie déjà acquis, et dans un plus haut degré encore à attendre, des mesures hygiéniques adoptées dans l'Inde, la Commission conclut donc :

Il n'y a pas des moyens directs pour éteindre les foyers endémiques du choléra, mais on peut espérer d'y parvenir par un ensemble de mesures parmi lesquelles le rôle le plus important reviendra aux mesures hygiéniques.

La Commission espère aussi que le gouvernement de la Grande Bretagne voudra bien poursuivre, et élargir encore, la voie de réforme dans laquelle il est entré avec tant de succès; mais nous recommanderions surtout de ne pas renoncer aux mesures *coercitives.* La transmissibilité du choléra étant donnée, et la lenteur d'action des mesures

hygiéniques étant connue, les mesures restrictives et d'isolement seront indispensables, pendant longtemps encore, pour empêcher d'abord l'importation, toujours imminente, et ensuite pour laisser aux mesures hygiéniques le temps de faire sentir leurs effets.

II

Malgré toute l'efficacité des moyens préventifs employés aux Indes, leur action, il faut le répéter, sera toujours très lente : c'est le propre de toutes les mesures hygiéniques, comme nous l'avons dit dès le commencement. Après avoir empêché autant que possible la production du mal, il faut, tant qu'il se produira, lui barrer le passage et empêcher l'importation, surtout par la voie de mer, la plus dangereuse de toutes les voies de communication, mais aussi celle qui se prête le mieux à des précautions efficaces. Ces précautions nous pouvons les tirer en abondance de l' *hygiène navale.*

La navigation devient de jour en jour plus active et plus rapide. Depuis soixante ans le nombre des navires a augmenté d'une manière surprenante. Comptez les navires de guerre et marchands, de long cours et de cabotage, qui sillonnent la mer, poussés par le vent ou par la vapeur; comptez les milliers d'hommes composant les équipages; comptez les milliers de passagers; comptez les millions de tonneaux de marchandises que transportent les navires; comptez le nombre immense de familles dont la subsistance dépend des industries navales; alors seulement vous pourrez calculer le nombre d'existences et le montant des intérêts matériels, et même moraux, qui ont leur sort lié au sort de la navigation et aux progrès de l'hygiène des bâtiments.

Ces progrès sont assez considérables depuis un siècle : le chiffre moyen des décès annuels de la marine anglaise, par exemple, qui est aujourd'hui de 11,8, était, il y a soixante ans, de 91 et même de 125 pour mille. Toujours, et partout, la santé et la mortalité sont dans un rapport étroit avec les mesures d'hygiène. On a réalisé de grandes améliorations, mais il en reste encore beaucoup à obtenir.

Pour ce qui est du choléra, la Conférence a déclaré, d'accord avec l'expérience, que les communications maritimes sont les plus dange-

reuses, et que ce sont elles qui propagent le plus sûrement au loin la maladie. A ce danger il faut opposer une hygiène navale la plus sévère. La Commission ne peut descendre à des détails, qui se trouvent d'ailleurs dans les excellents *Traités* que vous connaissez tous sur l'hygiène navale; c'est pourquoi elle se bornera à une rapide énumération des mesures principales.

D'abord, il faut penser au navire comme habitation, et comme réceptacle éventuel des germes morbifiques. L'hygiène navale commence sur le chantier. Ainsi, donc, il faut considérer les améliorations à introduire dans l'apprêt du bois et la préparation des planches et de la membrure destinées aux constructions navales; l'imperméabilité des parois qui forment la coque des navires; la largeur des écoutilles, la disposition des panneaux, des sabords et des hublots, avec tout ce qui se rapporte à la circulation et à la renovation de l'air; la propreté de la cale et de la sentine; l'approvisionnement, la préparation et la conservation, des substances alimentaires et des boissons; la matière et la forme des vêtements de l'équipage, etc., etc.

L'étude de tout ce qui est en rapport avec le perfectionnement de l'architecture navale, ou avec l'économie des bâtiments, doit être encouragée par les gouvernements des Puissances maritimes. Il faut accorder des primes et des distinctions aux inventeurs des découvertes favorables à la salubrité des bâtiments, à la santé des équipages et des passagers.

Supposons, maintenant, le navire en état de partance. *L'hygiène du départ* comprend toute une série de mesures que la Commission ne fera que mentionner.

D'abord, il faut constater soigneusement l'état matériel et les conditions sanitaires des navires en partance, et surtout de ceux qui se destinent aux voyages de long cours. Les armateurs devraient être tenus à parer aux inconvénients qui leur seraient signalés par les autorités ou par les agents officiels. L'insalubrité de plusieurs des vieux navires est trop notoire: la prévision officielle devrait s'étendre jusqu'à la défense de naviguer, pour les bâtiments dont le mauvais état les convertit en autant de foyers endémiques de fièvres, de dyssenteries et de toute sorte de maladies.

L'état des marchandises, par rapport à leurs conditions de salubrité, mérite aussi de fixer l'attention. Il faut empêcher, par exemple, l'embarquement d'objets humides ou récemment mouillés par la pluie; —

faire laver, et sécher autant que possible, les bois de grandes dimensions, ou le grosses planches, sortant des rivières et des marais, avant de les introduire dans le navire; — empêcher l'embarquement des articles ou premières matières, surtout de nature organique, si elles sont souillées, avariées ou corrompues.

La nature du lest, ainsi que le mode de l'arrimage, doivent être l'objet de précautions fort importantes.

Il faut tenir grand compte aussi des vêtements des matelots, du détail de leurs pièces de rechange, et de l'état de leurs logements et de leurs hamacs.

Avant le départ d'un bâtiment, il convient de s'enquérir de la quantité et de la qualité des vivres et des boissons. Parmi ces dernières, l'eau potable mérite de fixer l'attention, surtout pendant que régne le choléra. Toujours, mais principalement alors, on doit empêcher l'embarquement des eaux bourbeuses ou contaminées. Il faudrait défendre, même dans les temps ordinaires, de faire aiguade à certains ruisseaux, à certaines rivières ou à certaines sources dont l'eau peut inspirer des soupçons d'insalubrité.

L'hygiène au départ demande aussi la constatation sévère, par un médecin, de l'état de santé des hommes de l'équipage. Le nombre des matelots, d'ailleurs, doit être proportionné au tonnage du navire et à la durée de la traversée.

Il est encore de la plus haute importance de constater, autant que possible, l'état de santé des passagers. Le nombre de ceux-ci sera toujours proportionné au tonnage du navire, à la capacité de ses cabines, au nombre de lits, de matelas, de couvertures, à la durée du voyage, etc.

L'encombrement est le grand inconvénient des habitations navales, surtout en temps de choléra: la Commission n'hésite pas à proposer que les réglements fixent le maximum des passagers qu'il sera permis d'embarquer; il faut refréner résolûment la cupidité des compagnies de transport et des capitaines de bâtiments marchands, toujours avides de recevoir à leur bord des passagers, et en encombrer les cabines, et même le pont de leurs navires, contrairement aux conditions élémentaires de la vie et de la santé.

Le cubage atmosphérique est souvent insuffisant dans les navires, surtout pendant la nuit, et la ventilation n'est pas toujours parfaite; qu'arrivera-t il lorsqu'à ces deux causes radicales d'insalubrité vient

se joindre l'encombrement, avec les produits de la respiration et de la perspiration de tant d'hommes réunis, l'évaporation des vêtements mouillés, les effluves qui se dégagent des hamacs et des couchettes, du linge sale, des malades, etc.? Il n'est pas difficile de prévoir les fâcheux résultats de ce méphitisme permanent, qui est une des causes auxiliaires du développement de toute sorte de maux.

Le transport des animaux vivants réclame toute l'attention de l'hygiène navale du départ. Laissant de côté l'importabilité du choléra par des animaux vivants, question sur laquelle la Conférence s'est abstenue de se prononcer formellement, il faut empêcher avec soin l'infection à bord occasionnée par la surcharge de bétail, et épargner aux ports de destination le spectacle révoltant du débarquement d'un grand nombre d'animaux en état d'asphyxie. L'insouciance, pour ne pas dire la cruauté, de certains capitaines ou patrons de bâtiment, est incroyable ; dans le sein de la Commission, des faits remarquables ont été produits à ce sujet.

Nous appellerons encore l'attention des autorités sanitaires sur la nécessité de la présence d'un médecin, ou d'un chirurgien, à bord des bâtiments qui font habituellement le transport des voyageurs, ou dont l'équipage atteint un certain chiffre. Une remarque à ce propos: la présence d'un médecin à bord est toujours un bienfait pour les matelots et pour les passagers, mais lorsqu'on veut l'envisager comme garantie contre l'importation du choléra, comme source de renseignements, et surtout comme circonstance atténuante pour la quarantaine, c'est une question qui mérite une mûre réflexion. Les conditions d'entrée dans le service, le mode de nomination de ces médecins, leurs titres et leur solde, leur caractère, officiel ou non, etc., sont autant de circonstances qui doivent être prises en considération. Votre Commission se borne à dire : que le service sanitaire à bord des navires de la marine marchande derrait être réglementé par l'administration publique.

Comme dernière mesure de l'hygiène du départ, la Commission est d'avis que tous les bâtiments soient tenus de se munir d'une pharmacie portative contenant les médicaments les plus usuels, avec les appareils les plus nécessaires pour les cas de chirurgie. L'autorité sanitaire devrait dresser le catalogue de ces médicaments, faire rédiger une *Instruction médicale* pour leur usage, dans les navires qui n'auraient pas de médecin à bord, et rendre obligatoire pour

tous les bâtiments l'embarquement de cette boîte avant le départ. Les substances désinfectantes devraient y avoir une large place.

Toutes ces mesures, ou la plupart d'entre elles, sont très connues, et même obligatoires dans plusieurs pays, et il serait fort à désirer qu'elles fussent rendues obligatoires partout.

L'*hygiène de la traversée* n'est que la suite de l'hygiène du départ. Un navire parti dans toutes les bonnes conditions sanitaires désirables, pourrait perdre facilement tous ces avantages, s'il venait à négliger les soins prescrits par l'hygiène de la traversée.

Cette hygiène n'est pas difficile à deviner : elle se compose de tous les préceptes de l'hygiène générale, modifiés d'après les exigences spéciales de l'atmosphère maritime, du navire et de la profession navale.

On ne saurait trop recommander, d'abord, la propreté la plus exquise du bâtiment, du logement des matelots, et des cabines des passagers.

La cale transforme les navires en véritables marais flottants, pour peu qu'on oublie l'assainissement de cette partie difficile des habitations navales. Cet assainissement s'obtiendra moyennant un arrimage méthodique, par la bonne conservation du chargement et des approvisionnements, par une ventilation continue, et par le renouvellement des eaux de la cale. Il faut pomper fréquemment pour enlever l'eau croupie de la sentine ; il faut empêcher, autant que possible, la formation de la boue noirâtre qui se dépose dans le fond, et désinfecter, enfin, cette partie du bâtiment par des moyens énergiques, lorsque l'aérage et l'addition d'eau limpide ne suffisent pas pour rendre inoffensif ce foyer perpétuel d'insalubrité.

L'insuffisance de l'aération, l'accès difficile à l'irradiation solaire pour les parties intérieures du navire, l'humidité qui en résulte; voilà les inconvénients auxquels il faut parer par une ventilation continue à travers les ouvertures ordinaires bien disposées et d'un diamètre suffisant, et par l'aération forcée, moyennant les diverses appareils de ventilation qui ont été proposés, et parmi lesquels le ventilateur à double effet de M. Peyre mérite une mention spéciale.

La pratique de profiter du beau temps pour ouvrir les panneaux et exposer à l'air et au soleil les vêtements et la literie de l'équipage, ne sera jamais négligée sous aucun prétexte. Les matelots doivent se laver fréquemment, changer de linge, au moins une fois par semaine, changer les habits mouillés avant de se livrer au sommeil ; en un mot,

il faut éloigner minutieusement toutes les causes, médiates ou immédiates, de malpropreté, d'encombrement et d'infection.

Quant au régime, il va sans dire qu'on veillera soigneusement à l'état des vivres, des salaisons, du biscuit, de l'eau potable, ainsi qu'à l'état des vases et ustensiles de cuisine.

Pendant la traversée, enfin, aucune indisposition, même la plus légère, ne doit être négligée. Pour les provenances d'un port infecté de choléra, la moindre diarrhée, le plus simple dérangement de l'appareil digestif, devra être l'objet d'une attention toute spéciale. On tiendra séparés, autant que possible, les individus présentant de symptômes suspects, et l'on emploiera les désinfectants d'après les prescriptions de l'*Instruction* médicale dont nous avons parlé plus haut.

Voilà les indications principales concernant l'hygiène de la traversée.

Pour ce qui est de l'*hygiène à l'arrivée*, elle ne consiste que dans une série de mesures de précaution en rapport avec l'état sanitaire des personnes embarquées et avec les conditions hygiéniques du bâtiment. De l'hygiène au départ et de l'hygiène pendant la traversée dépend en quelque sorte l'hygiène à l'arrivée.

Lorsque l'hygiène navale aura atteint un plus haut degré de perfection, lorsqu'on tiendra plus rigoureusement à l'application de ses règles, les navires n'apporteront pas si souvent dans leurs flancs des germes de mort, ou, du moins, les chances d'importation pestilentielle seront diminuées dans une forte proportion. En attendant que la marine marchande se décide plus généralement à regarder la salubrité des navires comme un intérêt majeur du commerce, et qu'elle s'habitue à ménager la santé de leurs équipages et à préserver la santé des passagers, il faudra bien que l'Administration veille à la préservation de la santé publique dans les ports d'arrivée.

Ainsi donc, tous les bâtiments, avant d'être admis à la libre pratique, seront visités afin de constater soigneusement leur état, et de reconnaître comment la police sanitaire y a été faite au départ et pendant la traversée.

Dans les temps ordinaires, un navire bien tenu ne doit naturellement être soumis à aucune espèce de mesures; dans le cas contraire l'autorité sanitaire du port avisera s'il y a lieu à prendre les mesures hygiéniques nécessaires.

Maintenant il faut remarquer que l'hygiène du départ et celle de l'arrivée sont plutôt du ressort direct de l'Administration, et que la

pratique des mesures hygiéniques pendant la traversée est plus particulièrement dévolue aux capitaines et aux patrons des bâtiments. Il faudrait compiler toutes ces mesures, en donnant plus d'étendue à celles de la traversée, dans un *Manuel*, composé par les soins de l'Administration sanitaire de chaque pays, à l'usage de la marine marchande. Les dispositions principales de ce code de santé et de préservation commune devraient être rendues obligatoires, et les capitaines seraient tenus d'avoir constamment à bord quelques exemplaires de ce *Manuel*, qui comprendrait, en outre, l'*Instruction* relative à l'usage des médicaments du bord. Il va sans dire que ce *Manuel* pourrait revêtir la forme d'un abrégé sommaire, ou d'un petit *Guide*, pour les bâtiments qui font le cabotage; et que pour les navires de long cours ou de grand tonnage, il devrait contenir plus de détails, des considérations plus spéciales, et même être complété par des renseignements sur les règlements sanitaires des pays ou du littoral qu'ils fréquentent le plus souvent.

L'effet salutaire des mesures hygiéniques mentionnées, appliquées à la navigation sur une vaste échelle, ne tarderait pas de se faire sentir surtout pendant les invasions cholériques. Un tableau statistique de la marine marchande de chaque pays, avec le nombre des malades et des décès qui auraient eu lieu à bord pendant l'année, serait un excellent moyen de connaître au juste l'effet de la pratique sérieuse de l'hygiène navale, et d'en signaler les progrès. Le bureau d'enregistrement, et la règle observée à ce sujet dans la Grande Bretagne, répondent, ou à peu près, au vœu de la Commission. Nous voudrions, en outre, que les armateurs, les capitaines et les patrons des navires dont l'équipage aurait fourni le contingent relativement le plus bas aux maladies et à la mortalité, reçussent un prix, ou toute autre récompense, comme encouragement de leur zèle.

Serait-il convenable d'établir des punitions à côté des récompenses? C'est au Gouvernement de chaque pays qu'il appartient de se prononcer sur l'opportunité des dispositions pénales à ce sujet. — La Commission se bornera à rappeler seulement que le système des primes pécuniaires, appliqué en vue de la préservation des passagers et des hommes de l'équipage, a été essayé maintes fois, surtout en Angleterre, et toujours avec les meilleurs résultats. Plusieurs milliers d'émigrants, de déportés et de soldats, ont dû leur vie à l'application de ce système. Baser le prix du transport, et même les honoraires des chirurgiens de bord, sur

le nombre des passagers débarqués en pleine santé, est un moyen indirect, mais fort efficace, de perfectionner l'hygiène navale.

Après avoir démontré l'importance de cette hygiène, et après avoir indiqué sommairement les règles dont elle se compose, la conclusion à établir se dégage tout naturellement des considérations émises. De l'avis, donc, de votre Commission, l'on devrait :

1° *Ouvrir des concours, et décerner des prix aux auteurs des découvertes ou perfectionnements dont le résultat immédiat serait un progrès quelconque dans l'assainissement des navires, dans l'amélioration des conditions hygiéniques des équipages, ou dans le bien-être des passagers.*

2° *Publier un* MANUEL D'HYGIÈNE NAVALE *à l'usage de la marine marchande de chaque pays. L'exécution des prescriptions les plus importantes de ce* MANUEL *serait obligatoire pour les capitaines ou patrons.*

3° *Encourager par des primes et des récompenses ceux des armateurs, capitaines ou patrons de navire qui se seraient distingués dans le bon entretien de leurs bâtiments et de leurs équipages.*

III

Pour que le choléra asiatique éclate dans une localité, il ne suffit pas de la seule arrivée d'une provenance d'un lieu infecté; il faut encore une *réceptivité* de la part de la localité, il faut des circonstances qui favorisent la transmission. Il se peut bien, et il arrive assez souvent, que le choléra soit importé, sans être transmis ou reçu.

Quelles sont ces circonstances favorables à la transmission ? . . . . . L'hygiène gagnerait beaucoup en précision et en autorité si elle parvenait à les déterminer toutes ; la préservation du choléra serait alors une tâche moins ardue. Malheureusement nous ne savons pas au juste quelles sont ces circonstances; toutefois, sauf certaines réserves, nous pouvons bien donner une base solide à nos préceptes. Si nous ne connaissons pas toutes les conditions de la réceptivité, nous connaissons du moins certaines circonstances fâcheuses presque toujours favorables à la transmission et à l'extension rapide des pestilences. L'insalubrité des ports en est une. L'importation étant donnée, la transmission sera toujours plus à craindre dans un port infect, que dans un port assaini.

Assainir les ports sera, donc,une des mesures d'hygiène qui peut contribuer beaucoup à nous préserver du fléau, en diminuant la réceptivité locale. En tout cas, il s'en suivra une mitigation sensible des ravages éventuels de la maladie. D'ailleurs,après avoir tant insisté sur l'assainissement des foyers générateurs du choléra, et après avoir recommandé tant de soins hygiéniques aux bâtiments, les véhicules conducteurs les plus ordinaires, il est logique d'assainir pareillement les ports, qui sont les premiers lieux qui reçoivent le choléra. Assainir nos ports c'est toujours remplir un devoir envers les habitants du littoral, c'est encore diminuer les chances de réception des maladies importables,c'est rendre, simultanément, plus fort le droit d'agir avec rigueur contre les provenances dont les conditions hygiéniques ne seraient pas tout à-fait irréprochables.

Par malheur, plusieurs ports de la Méditerranée méritent encore, sous le rapport de l'hygiène, des reproches non moins sévères que les navires les plus mal entretenus.

Souiller l'eau pure des ruisseaux et des rivières par des immondices, couvrir de matières excrémentielles le fond limpide des mouillages, et transformer en cloaques le bassin de nos ports, c'est toujours une espèce de profanation, un acte de barbarie, un attentat contre la santé. Il n'est que trop commun, en effet, de choisir le bassin des ports de mer pour réceptacle de toutes les ordures de la ville. On dit bien que ces matières n'exercent aucune influence sur les habitants, parce qu'elles sont emportées au loin par la mer et submergées; pourtant il n'en est rien: on oublie que, par leur poids spécifique, ces matières se déposent vite dans le fond, mais que la marée, ou les courants et les vents soufflant du côté de la mer,les ramènent continuellement vers la plage. Il n'y a qu'à visiter un de ces ports pendant la basse-marée, ou à l'approche d'un orage, ou par un temps brumeux, pour se convaincre, par les émanations infectes de cette énorme couche de vase et de boue noires, combien elles doivent être pernicieuses pour ceux qui les respirent. Il est évident que plus le climat du port est chaud, et plus cette influence délétère se manifestera.

Nous savons bien que les navires du port souillent naturellement les eaux du bassin par les cendres, les déjections, et autres immondices, mais il faut diminuer autant que possible cet inconvénient, moyennant des règlements de police intérieure pour éloigner des ports les causes innombrables d'infection qui s'y trouvent accumulées. A cause de cette

souillure inévitable des ports de mer, il faudra, en outre, les draguer ou les débourber à des intervalles plus ou moins rapprochés, d'après le nombre des navires, le climat, etc. Puisque le débourbage devient indispensable par le seul fait de la fréquentation du port, il est déplorable de voir ajouter à l'infection par les navires l'infection par les égouts et les latrines de la ville. On sait quel rôle considérable jouent les émanations des déjections alvines dans la manifestation et la propagation du choléra ; on sait aussi que cette maladie est importée très fréquemment par la voie de mer ; par conséquent, les provenances d'un lieu infecté trouvent dans ces ports un sol éminemment propice au développement des germes morbifiques, et il n'y a pas lieu de s'étonner que le choléra soit transmis si vite dans les villes du littoral et qu'il s'y propage d'une manière si meurtrière. Il est d'une extrême urgence d'assainir nos ports, de les élargir, d'établir une police intérieure sévère, et surtout d'éloigner de leur bassin les eaux immondes, les égouts et les latrines de la ville.

Nous appellerons pareillement l'attention de l'Administration sur les faubourgs qui se forment ordinairement auprès des ports les plus fréquentés. Le service des grands ports demande, en effet, des calefats et d'autres ouvriers pour la réparation des navires, des ouvriers pour les fabriques de cordage et de voiles, des portefaix pour charger, décharger et transporter les marchandises ; tous ces individus, avec les familles des hommes des équipages, avec un certain nombre de matelots invalides, ou non enrôlés, des pêcheurs, etc., logent naturellement le plus près possible du port, et donnent lieu à la création d'une espèce de quartier maritime attenant à la ville. Ce quartier est loin de remplir les conditions voulues par l'hygiène municipale; les débits de liqueurs, les cabarets immondes, les logements infects, les vices et la misère, y occupent une large place : cette population est en rapport continuel avec les navires dans le port, et c'est chez elle que se manifestent presque toujours les premiers cas de choléra. Les mesures d'isolément seraient les meilleurs moyens de sauvegarder la ville ; mais les inconvénients de ces mesures sont à l'ordinaire très graves, presque insurmontables. Il est donc urgent de se prémunir par l'hygiène en assainissant ces quartiers, en diminuant les chances de réceptivité, et en empêchant la formation des foyers d'infection par la surveillance et l'exercice d'une police sanitaire rigoureuse. — Dans quelques ports d'Angleterre et de la Hollande, on a déjà pourvu très sagement à l'un

des besoins de ces quartiers : on a établi pour les matelots en disponibilité des espèces d'asiles *(sailors home)* où ils sont logés convenablement, et soignés en cas de maladie. Nous croyons que cet exemple mérite d'être imité dans tous les grands ports.

Maintenant la Commission résume son exposé dans la conclusion suivante :

L'assainissement des ports, avec défense d'y faire aboutir les égouts de la ville, leur dragage périodique et leur bonne police sanitaire intérieure, sont des mesures hygiéniques de la plus haute importance pour la préservation des maladies transmissibles en général, et du choléra en particulier.

L'assainissement des quartiers attenants aux ports de mer, et leur police sanitaire la plus sévère, sont aussi des mesures de préservation très importantes.

IV

Après l'assainissement des ports, il faut s'occuper de l'assainissement des villes. Les causes d'infection qu'une ville recèle dans son sein sont nombreuses : les émanations qui naissent de l'entassement des personnes dans des habitations étroites, les exhalaisons des étables et des écuries, des égouts et des latrines, les émanations des manufactures et des ateliers, l'influence des boues amassées sur les voies publiques, celle des abattoirs, des hôpitaux, des hospices, des cimetières, des casernes et des prisons, ainsi que le défaut de renouvellement de l'air, l'absence de la lumière solaire, l'humidité ; telles sont les causes (et nous sommes loin de les avoir toutes énumérées) de l'insalubrité ordinaire des centres de population. L'hygiène n'a pas présidé à la formation de ces centres ; au contraire, c'est à la suite des maux dont ils sont devenus les foyers qu'a pris naissance l'hygiène municipale. Science créée *à posteriori*, elle a la mission de réparer les désordres occasionnés par l'ignorance ou la négligence de tous les principes de la salubrité publique. Cette réparation n'a été jusqu'ici que trop lente ; nous croyons qu'il est grand temps de l'accélérer, d'abord parce que les moyens d'assainissement abondent, et en-

suite parce que la nécessité d'arracher aux cachexies populaires et à la mort des classes entières de la population devient de plus en plus pressante.

Assainir une ville c'est, réellement, diminuer le chiffre de la mortalité, prolonger la vie moyenne de ses habitants, et augmenter le bien-être général : assainir une ville c'est encore détruire, ou faire décroître considérablement, la prédisposition locale et la prédisposition individuelle à recevoir et à contracter des maladies importables; c'est atténuer en outre, d'une manière non moins sensible, les ravages de ces maladies lorsque leur transmission n'a pu être empêchée. C'est sous ce dernier point de vue, et spécialement par rapport au choléra asiatique, que la Commission envisagera l'assainissement des villes.

Cet assainissement comprend l'hygiène entière, mais nous nous bornerons à passer en revue les trois chapitres les plus importants, savoir: *l'air*, *l'eau* et le *sol*. Leur importance a été reconnue depuis des siècles, car, en effet, c'est dans la *pureté de l'air*, dans la *bonté des eaux* et dans la *propreté du sol*, que se résume évidemment tout ce qui de près ou de loin se rapporte à la salubrité d'un lieu habité quelconque.

De l'air. — La hauteur des édifices, l'étroitesse et la sinuosité des rues, l'existence des égoûts, les émanations continuelles des excrétions de l'homme et des animaux, les résidus des halles et marchés, et mille autres causes encore, rapprochent l'atmosphère des grandes villes des conditions de l'air confiné. L'insalubrité de l'atmosphère urbaine frappe les sens, rien qu'en franchissant les portes des grandes villes au retour de la campagne. Il n'est pas difficile de prévoir quels seront les effets de l'action permanente de cette atmosphère à laquelle le ci adin est lié par des rapports constants et nécessaires.

Examinons, sous le point de vue pratique, quelques-unes des causes de la viciation de l'air.

L'air peut être vicié d'abord par son *insuffisance* relativement au nombre d'individus qui le respirent ; ces mêmes individus n'auraient pas alteré, du moins sensiblement, l'air s'ils avaient occupé un espace convenable, tandis que dans un espace resserré ils le corrompent par leurs diverses émanations. A cette cause se rapportent les effets délétères de l'encombrement des logements de la classe indigente qui devraient être surveillés spécialement par l'Administration locale. Des *Commissions de logements insalubres*, à l'instar de celles de Paris, ou d'autres associations s'occupant spécialement des logements

de la classe indigente comme par exemple à Londres, instituées dans chaque ville, rendraient les plus grands services à la santé publique. Dans plusieurs grandes villes de l'Europe on a commencé à construire des maisons spéciales *(cités-ouvrières)* destinées à offrir des logements salubres et à bon marché à la classe ouvrière, — et la Commission ne peut que souhaiter ardemment que ce moyen insigne de bienfaisance se répande de plus en plus.

La *stagnation*, c'est-à-dire le manque de renouvellement, est aussi une des causes principales de la viciation de l'air. Le même cubage d'air peut servir sans inconvénient à un plus grand nombre d'individus s'il est continuellement renouvelé. De là l'importance d'une large ventilation tant pour les logements que pour toute une ville, car des rues trop étroites et anguleuses, ou des cours trop petites et entourées de hautes maisons étendent sur toute une population l'influence nuisible exercée sur quelques individus par des chambres mal ventilées. Cette influence se manifeste surtout pendant le choléra (auquel l'air sert de principal véhicule), parce que l'air, lentement et insuffisamment renouvelé, peut communiquer la maladie à beaucoup plus d'individus, que ne le ferait un air constamment agité par le vent. D'autre part nous nous privons, par une ventilation insuffisante, d'un des plus puissants et des plus faciles agents de désinfection, savoir de l'*air libre*; des maisons restées fermées après avoir été visitées par le choléra ont transmis la maladie même après que l'épidémie était déjà éteinte.

Mentionnons encore une troisième source d'altération de l'air, son *mélange direct* avec *des gaz délétères*, et surtout le mélange avec des gaz qui se développent par la décomposition des matières organiques. A cette cause se rattachent les exhalaisons du sol, dont nous parlerons bientôt. Nous nous bornons à dire pour le moment que les substances qui infectent l'air par l'intermédiaire du sol peuvent le faire aussi directement avant de l'avoir imprégné. Pour cette raison, les établissements industriels donnant lieu à des émanations putrides de cette nature ne devraient pas être tolérés dans l'enceinte des villes, par exemple les fabriques de poudrette,les tanneries,les fabriques de colle,les savonneries, comme aussi les abattoirs. En un mot, la plus grande propreté doit en général être observée dans les villes; des flaques d'eau stagnantes, des immondices accumulées dans les rues ou dans les cours, ne doivent pas exister — Les ordures, de quelque nature qu'elles soient, seront enlevées par les soins de l'administration municipale plutôt que par

ceux des particuliers ou des propriétaires des maisons.— De toutes les causes de l'impureté de l'air dans les villes, les égouts et les latrines sont les plus actives. Nous y reviendrons à propos du sol : qu'il nous suffise de dire ici que les gaz répandus par des excréments en décomposition (surtout le carbonate et le sulfhydrate d'ammoniaque et le gaz hydro-sulfurique) ont une influence morbifique directe sur l'homme. Nous empruntons au *Report of the general board of health on the epidemic cholera of* 1848 *and* 1849 deux exemples constatant l'apparition soudaine, à Spitalfields, et à Southwark (Londres), d'une diarrhée violente chez un grand nombre de personnes exposées aux émanations d'une fabrique de poudrette voisine; dans les deux cas la diarrhée cessa aussitôt que ces fabriques furent fermées. Les expériences faites en 1848, par M. Herbert Barker, sur des chiens exposés aux émanations de cloaques et présentant constamment, après quelques heures, la *diarrhée* et les *vomissements*, sont également concluantes. Cette action délétère des gaz susmentionnés prouve la nécessité d'enlever immédiatement les excréments, ou de les désinfecter du moins sur place, et par des substances antiseptiques neutralisant ou absorbant ces gaz.

Nous terminerons ce chapitre en citant quelques exemples frappants qui démontreront les bons résultats auxquels on peut parvenir par la purification de l'air. Le Dr Marshall raconte qu'à Ely (Angleterre) après avoir amélioré l'état des égoûts et supprimé des mares d'eau et les fosses d'aisance ouvertes, la mortalité s'est réduite de 25,6 à 17,2 sur mille, et que la moyenne de la vie s'est augmentée de 4 ans et demi. Le Dr Carpenter dit que depuis qu'à Croydon on a construit des égouts perfectionnés (en 1853), la mortalité a baissé de 28,5 à 15,9 sur mille et que le typhus s'est à peu près éteint dans des localités où il était auparavant presque endémique. Enfin, dans le district de l'arsenal à Woolwich, la suppression des fosses d'aisance ouvertes a fait baisser la mortalité de 33 à 19 sur mille.

De l'eau. — Nous n'entrerons pas dans de longues considérations sur le rôle important que l'eau, bonne et abondante, joue dans la salubrité publique, et dont l'ample approvisionnement est l'un des devoirs les plus sacrés des Administrations municipales. Ce qu'il serait important de faire ressortir c'est l'influence des eaux impures, comme causes prédisposantes, et des eaux contaminées par le germe cholérique comme causes directes, du développement et de la propagation du

choléra, si cette influence n'était pas déjà généralement admise; c'est pourquoi nous nous bornons à ajouter quelques exemples à ceux déjà cités dans le Rapport qui vous a été fait sur les questions du 1er et du 2e groupes du Programme général.

La ville d'Exeter puisait son eau dans une partie du fleuve contaminée par des cloaques; le nombre d'attaques de choléra en 1832 fut de mille, dont 347 mortelles. Après cette époque on fit venir l'eau d'une distance de deux lieues au-dessus de la ville, et en 1849 il n'y eut que 44 cas de choléra; et en 1854 il n'y en eut presque pas. — A Nottingham, l'eau étant mauvaise en 1832, on y observa 289 cas de choléra; on changea l'eau, en en faisant venir de la Trent en amont de la ville, et en 1849 il n'y eut que 13 cas de choléra, dont 7 mortels. A Dumfries, en 1832, il y eut un décès de choléra sur 28 habitants, et en 1849 un sur 32; on procura alors une meilleure eau à la ville, et en 1854 Dumfries demeura presque indemne — A Hull, en 1832, on n'avait pas d'eau suffisante, mais elle était pure et bonne, et il y eut un total de 300 décès de choléra. Après cette époque, l'eau fut prise d'un endroit de la rivière exposé à l'influence de la marée et de la contamination par des cloaques, et en 1849 on y compta 1834 décès de choléra. — Le cas rapporté par le Dr ACLAND, dans son mémoire sur le choléra d'Oxford, est un des plus frappants. Il y a à Oxford deux prisons, celle de la ville et celle du comté. Dans cette dernière, il y eut 3 cas de choléra en 1832, et 14 cas en 1845, tandis que la prison de la ville s'est maintenue indemne pendant les deux épidémies. La même exemption eut lieu en 1854, tandis que la prison du comté fut de nouveau atteinte; sur 95 prisonniers il y eut 37 cas de diarrhée, et 5 attaques de choléra dont 4 mortelles. Le contraste était trop frappant pour ne pas amener la recherche des causes: une enquête fut ouverte, et on constata que l'eau qui était bue par les détenus de la prison du Comté passait par un moulin et était retenue par une digue au-dessus pour former une écluse. Lorsque le moulin marchait, l'eau coulait rapidement, entraînant avec elle toutes les ordures de l'écluse, mais lorsque le moulin s'arrêtait, le cours de l'eau était interrompu et il se formait une espèce d'étang. En 1854, la rivière était extrêmement basse, et, durant les jours de l'infection, l'écluse contenait toute sorte de détritus organiques depuis la surface jusqu'au fond; en outre, un égoût de la prison se déchargeait dans l'étang, et le tuyau par lequel la prison était approvisionnée prenait l'eau à dix pieds de distance de l'égout.

Aussitôt que les causes furent connues, on renonça à l'usage de cette eau contaminée, et voici quel en fut le résultat. Avant le 29 septembre, jour où l'eau fut changée, il y avait eu 20 cas de diarrhée cholérique et 5 cas de choléra, dont 4 suivis de mort; après le 29, on ne compta que 3 cas de diarrhée et 1 de choléra, dont aucun ne fut fatal. — Non moins remarquable est le fait observé dans une autre prison, celle de New-Bailey, qui nous est rapporté par le Dr Greenhow. Dans la matinée du 28 septembre 1859, il y éclata subitement une épidémie de diarrhée, dont quelques cas présentaient le caractère cholériforme (quoique le choléra n'existât pas dans le pays); sur une population de 466 prisonniers il y eût 196 attaques dans les 24 heures; les quatre jours suivants le nombre des attaques fut de 56,7,5,2; total 266, dont aucune mortelle. On se mit à la recherche des causes, et on découvrit que le tuyau de trop-plein de la citerne, dont l'ouverture était soigneusement fermée, aboutissait à un égout. On y renonça à l'usage de cette eau, et l'épidémie disparut à l'instant. Chose remarquable, parmi les 53 personnes qui composaient le personnel de l'Administration de l'établissement, il n'y eut pas un seul cas de diarrhée; elles buvaient, pourtant, l'eau de la même provenance que les prisonniers, mais elle était amenée dans un autre réservoir qui n'avait aucun tuyau en communication avec l'égout. Ce fait nous suffirait pour établir, comme du reste il est aisé de le démontrer par le raisonnement, que l'absorption par l'eau des gaz putrides, sans aucun mélange de matières liquides ou solides, peut la contaminer, et que son usage peut donner lieu alors à la production d'accidents cholériformes.

La Commission ne doute pas que ces exemples feront comprendre la nécessité de la pureté des eaux, ainsi que le danger de leur contamination.

Nous rappellerons, en finissant, que les eaux peuvent être contaminées par l'*imbibition du sol* (c'est le cas des puits et des citernes), ou par l'*introduction directe des matières organiques* (et c'est le cas des rivières ou des fleuves). De là la double indication: 1° d'éloigner des fosses d'aisance, des écuries, etc., tout réservoir d'eau potable; 2° d'empêcher les eaux des ruisseaux ou des rivières qui approvisionnent les villes d'être souillées par des immondices, par les résidus des manufactures ou des ateliers, et de faire surtout en sorte que les égouts et les latrines n'aboutissent jamais auxdits cours d'eau.

Lorsque par une cause quelconque on est astreint à l'usage d'une eau

plus ou moins impure, il faudra la purifier préalablement en la faisant bouillir, en la filtrant au charbon,ou par d'autres moyens reconnus suffisants à cet effet. Pour les grands réservoirs à découvert, comme ceux qui fournissent l'eau à Constantinople, où elle contient beaucoup de matières dissoutes et en suspension, il serait convenable de la faire passer, avant qu'elle fût distribuée, par un appareil de filtrage. — Les circonstances spéciales de chaque localité décideront des moyens à employer. Ce qu'il importe de savoir c'est que les matières organiques, surtout celles d'origine animale, sont celles qui rendent plus nuisible l'eau potable : il faudra donc la purifier de ces éléments, lorsqu'on n'a pas fait usage des moyens d'empêcher sa contamination.

Du sol. — Le sol entre sans doute pour beaucoup dans l'étiologie des endémies et des épidémies, mais il doit l'importance de ce rôle à sa corruption plutôt qu'à sa nature. Cette corruption, dans les villes, est dûe presque toujours à l'incurie de l'homme. Au lieu d'empêcher à tout prix l'impregnation nuisible du terrain qu'il foule, il sème à foison autour de lui toute sorte de détritus organiques: or, tout ce qui tend à saturer le sol des cités de matières organiques, est une cause prochaine ou éloignée d'insalubrité; et pourtant, l'homme, ne se souciant guère de cette vérité, tourne contre sa santé ce que d'un autre côté il dérobe à la fertilité des champs. Le sol de la plupart des villes n'est aujourd'hui qu'un vaste réceptacle d'ordures de toute espèce à un degré dont peu de personnes ont une juste idée, et la décomposition continuelle de ces matières contamine surtout l'air et l'eau. Empêcher l'impureté du sol devra donc être un des points capitaux dans l'assainissement des villes.

Parmi les causes nombreuses de l'infection du sol, nous ne signalerons que les plus importantes par leur influence , et par leur liaison avec le développement du choléra. PETTENKOFER a calculé que *les excréments de cent mille habitants d'une ville chargent annuellement le sol d'une masse de matières putrescibles égale à celle qui résulterait de la décomposition de cinquante mille cadavres enterrés chaque année à la même place,* c'est-à-dire autour des maisons. D'après ce calcul, l'on voit tout de suite combien doit être considérable l'infection du sol par les matières excrémentielles. La prescription hygiénique est, dès lors, bien facile à déduire : c'est d'*enlever immédiatement, et d'éloigner des lieux habités, les excréments des hommes et des animaux.* Tel est le précepte ; mais il n'est guère suivi. Dans les petits villages, et même

dans certains quartiers des villes dépourvues de latrines publiques, l'on en est encore à déposer les excréments *directement sur le sol!* Dans certaines grandes villes, qu'on aurait le droit de croire policées, des *égouts ouverts*, et des puisards ou *puits noirs à fond perdu*, témoignent aussi combien elles sont peu avancées dans la voie de l'assainissement.

Dans la plupart des villes, les systèmes de latrines adoptés sont: 1° les *fosses d'aisance*, 2° la *canalisation*, et 3° les *fosses mobiles*.

Le système le plus répandu est celui des *fosses d'aisance*. Elles sont murées, parfois même cimentées, et gardent en dépôt les excréments pendant un laps de temps plus ou moins long. L'impregnation qui résulte de ce système vicieux est si forte, qu'après le grand incendie de Hambourg (mai de 1842) on trouva dans plusieurs endroits, en creusant la terre, des couches de *Struvit*, minéral composé de phosphate d'ammoniaque et de magnésie, et qui, pourtant, ne pouvait provenir que de la décomposition des matières excrémentielles de l'homme ou des animaux. L'infiltration est si considérable dans les fosses non murées, qu'elles n'ont besoin de vidange qu'un ou deux ans après leur construction.—Les fosses cimentées elles mêmes ne préservent pas le sol d'être impregné par des matières excrémentielles, parce que le ciment non-seulement n'est pas tout-à fait imperméable surtout pour les gaz, mais encore le nitrate d'ammoniaque, qui se forme dans les fosses d'aisance entame tout ciment de manière à le rendre perméable même aux liquides. Hirsch cite l'exemple d'un puits éloigné de dix pieds d'une fosse d'aisance bien cimentée qui contenait, six mois après la construction de cette fosse, des matières putrides en telle quantité, qu'on ne pouvait plus se servir de cette eau.— Quant aux fosses non cimentées, Stamm remarque que de 900 puits, à Berlin, l'année 1864, l'eau de 85 puits n'était plus potable, à cause des matières organiques putrides y contenues. Le fait de Leipsic est aussi bien connu; l'eau de la Pleisse et de la plupart des puits était tellement viciée par les fosses d'aisance, qu'il fallut construire un aqueduc pour fournir de l'eau potable à la ville.

Le *système de la canalisation*, en usage surtout en Angleterre, se répand de plus en plus avec l'usage des water-closets. Les excréments sont conduits par un réseau de canaux (dont la pente, ainsi que de considérables masses d'eau y versées de chaque lieu d'aisance accélèrent l'écoulement) soit dans la mer (cas dont nous avons parlé à l'occasion des ports), soit dans des canaux et des fleuves, c'est à-dire dans

des eaux potables, et nous avons mentionné les effets d'un tel usage à propos de l'eau. Le sol est, certes, beaucoup moins imbibé de matières excrémentielles par ce système que par celui des fosses d'aisance, mais les eaux le sont d'autant plus ; et si les égoûts aboutissent à des eaux potables, le système de canalisation sera du moins tout aussi répréhensible que le premier, sous le point de vue hygiénique. Tous les deux favorisent la prédisposition à l'infection cholérique, et tous les deux peuvent favoriser la propagation du choléra en cas d'invasion de cette maladie. Ce dernier danger est même souvent encore plus grand pour le système de canalisation, parce qu'un grand nombre de lieux d'aisance établissent une communication directe entre un grand égout et les chambres habitées de différentes maisons. Les déjections d'un seul cholérique versées dans cet égout commun pourraient suffire à empoisonner plusieurs maisons à la fois, par les gaz refluant de la latrine et se communiquant aux chambres en emportant avec eux le principe cholérique. Cette circonstance explique comment souvent dans le courant d'une nuit le choléra se répand dans un grand nombre de maisons situées toutes sur un côté d'une rue ; cela arrive le plus souvent la nuit, parce que toutes les portes et fenêtres étant fermées, la ventilation n'emporte pas ces gaz qui exercent leur influence sur les habitants pendant plusieurs heures de suite. D'ici la nécessité de placer les chambres, surtout celles à coucher, en dehors de toute atteinte des water-closets communiquant à un égout commun.

La Commission n'entre pas dans l'appréciation détaillée des améliorations du système de canalisation exécutées dans quelques villes d'Ecosse, et projetées pour Londres, par lesquelles on tend d'un côté à préserver les fleuves des matières excrémentielles qui y sont conduites par ce système, et d'autre part à utiliser ces matières pour la fertilisation des champs. Le but principal de ces améliorations consiste à faire aboutir les égouts non à des fleuves, mais à de grands bassins, d'où leur contenu liquide est, au besoin, soulevé par des machines à vapeur à une certaine hauteur, et conduit par des tuyaux en pente, ou immédiatement, ou après une désinfection préalable, dans les champs. — Les frais de tels établissements sont énormes, en même temps que des conditions locales, telles que la situation d'une ville dans un lieu bas, l'insuffisance d'eau, de grands froids pendant l'hiver peuvent les rendre impossibles, et une certaine pénétration du sol par les matières excrémentielles n'est pas évitée.

Le troisième système, celui des *fosses mobiles* (avec ou sans séparation des matières liquides et la désinfection immédiate du contenu), tend à se répandre dans plusieurs villes de France, de Belgique, d'Allemagne et d'Angleterre; il réunit les meilleures conditions hygiéniques à peu de frais et sans aucune perte des matières excrémentielles pour la fertilisation des champs. D'après ce système, les excréments sont déposés dans un vase qu'il est facile d'éloigner, et de remplacer par un autre, pour enlever dans ce vase même les excréments *(système des tonneaux)*. Par des perfectionnements successifs de ce système on est parvenu à séparer tout à fait les matières liquides des solides (ce qui retarde déjà de beaucoup la putréfaction de ces dernières) et à les désinfecter immédiatement. Nous ne pouvons entrer dans tous les détails de ce système, nous n'en mentionnerons en peu de mots que trois modifications: 1° les fosses mobiles à système diviseur de MOSSELMANN; la désinfection, exclusivement de l'urine, se fait par la chaux vive. 2° Le système de MUELLER-SCHUER; la désinfection des matières solides se fait par la chaux vive et le charbon végétal, celle des urines par la tourbe. L'usage de cette substance est fort à recommander pour les urinoirs publics et pour la désinfection des eaux ménagères. 3° Le système anglais (DRY-METHOD) les excréments sont séparés en liquides et solides, et ces derniers sont recouverts de marne ou d'argile bien séchées et pulvérisées.

Comme le système des fosses mobiles dans toutes ses modifications demande l'enlèvement plus ou moins immédiat des excréments, il est nécessairement lié à deux conditions: 1° à un système bien réglé de vidange; et 2° au choix d'un endroit désigné pour déposer les excréments hors de la ville. Pour cette dernière condition on recommande particulièrement un établissement annexe pour la fabrication d'engrais artificiel *(poudrette)*.

Tous les avantages hygiéniques du système des fosses mobiles se feront surtout apprécier à une époque de choléra, où il faut éviter tout à fait l'usage des lieux d'aisance qui communiquent avec un égout commun; mais il est encore préférable, durant de telles épidémies, de se servir dans les maisons de vases séparés à l'exclusion des lieux d'aisance; bien entendu que les vases doivent être vidés, et au besoin désinfectés immédiatement.

Ce que nous venons de dire des déjections des hommes se rapporte aussi bien à celles des bestiaux. Les accumulations de fumier ne doivent être tolérées ni dans les étables, ni dans les fosses destinées à le

garder. Les urines doivent être désinfectées par la tourbe, ou par d'autres moyens, avant qu'elles puissent s'infiltrer dans le sol.

Nous ferons encore remarquer que souvent on tâche de combattre une épidémie de choléra, à son début, par la vidange générale et complète des latrines et des égouts, tandis que ce moyen est de nature plutôt à favoriser la propagation de la maladie. En temps d'épidémie il est même dangereux de dépaver, ou de fouiller de toute autre manière le sol d'une ville.

Comme les matières organiques se décomposent plus vite et plus facilement dans un sol humide, il faut tâcher de dessécher le sol des villes. Un *système de rigoles* bien murées et cimentées ferait écouler les eaux pluviales de manière qu'elles ne pourraient pas s'infiltrer dans le sol, et un système de *drainage souterrain* dessécherait le sol, dont l'humidité est reconnue de tout temps comme une condition qui favorise la propagation du choléra, ainsi que de toutes les maladies épidémiques.

Le méphitisme du sol exerce une grande influence sur le développement de la diarrhée ordinaire. D'après les rapports officiels sur la santé publique en Angleterre, la mortalité annuelle par la diarrhée dans les districts (*Registration districts*) regardés comme les plus salubres, ne dépasse pas 30 sur cent mille habitants, tandis que dans les dix districts de Coventry, Birmingham, Wolverhampton, Dudley, Merthyr-Tydfil, Nottingham, Leeds, Manchester, Chorlton et Salford, durant la période 1854 à 1858, elle atteignit (les cas de choléra exclus) un chiffre variant entre 106 et 266 sur cent mille ; c'est-à-dire de 3 et 1/2 à 9 fois plus que dans les districts modèles. On a pu noter que la proportion plus grande des décès a toujours été en rapport avec la viciation de l'atmosphère locale par le produit des décompositions organiques, surtout des excréments de l'homme, ou avec l'usage habituel d'une eau contaminée; et que la décroissance de la mortalité a suivi l'amélioration des conditions hygiéniques de l'air et de l'eau et l'assainissement du sol. (*2nd Report of the Medical officer of the Privy Council*. — London, 1860.) — Cet assainissement préservera, donc, les centres populeux de la diarrhée simple, si fréquente dans les grandes villes, et diminuera ainsi la prédisposition à la diarrhée cholérique; car il a été observé que toute localité où les diarrhées règnent habituellement est aussi favorable au développement du choléra.

Il nous reste à mentionner encore une autre source d'infection du

sol ; les cadavres et leur mode de *sépulture*. La plupart des villes ont des cimetières extra-muros; mais il en existe encore un nombre assez considérable où les enterrements se font dans l'intérieur, et même dans les églises. Il ne sera donc pas hors de propos de rappeler que pour éviter l'influence des émanations putrides des cimetières, il faudra les placer assez loin de l'enceinte et des faubourgs de la ville. — La profondeur de la fosse ne doit pas être moindre de six pieds pour chaque cadavre.

Aux mesures générales concernant la sépulture des cadavres, il y aurait à en ajouter quelques-unes de plus spécialement applicables pour les temps d'épidémie de choléra. On ferait bien d'emporter les cadavres des cholériques de la maison le plus tôt possible, et ils devront être enterrés 24 heures après; leur ablution devra être évitée, et il faudrait les mettre dans un cercueil bien poissé, avec le linge du corps et de lit, sans autre vêtement, et les couvrir d'une couche de chaux vive avant de fermer le cercueil, qui à son tour en devra être couvert dans la fosse.— Le transport dans un lieu indemne des cadavres des individus morts de choléra devrait être interdit.

De l'étude rapide que nous venons de faire sur les causes principales de l'insalubrité des centres de population, découle la conclusion suivante:

L'assainissement des villes est un moyen préventif efficace pour s'opposer à la réception du choléra, et en mitiger les ravages.

Cet assainissement doit être basé principalement sur un ensemble de mesures qui tendent à maintenir la pureté de l'air, à approvisionner les villes d'une eau saine et abondante, et à empêcher l'infection du sol par des matières organiques.

La désinfection sur place, et l'enlèvement immédiat des matières excrémentielles, est une mesure hygiénique d'une importance capitale, surtout en temps de choléra.

—

Maintenant on nous demande s'il y a des mesures d'hygiène privée ou publique, des mesures d'assainissement, applicables sur une échelle assez vaste pour qu'elles puissent détruire, ou diminuer à un degré sensible, la prédisposition à l'infection cholérique ? Oui, ces mesures existent, et nous venons d'en énumerer les principales. Qu'elles soient ordonnées d'après un système complet, mises à exécution avec énergie,

et on en sentira bientôt les effets salutaires On réussit toujours à mettre fin aux affections palustres par l'assainissement des contrées où ces affections sont endémiques ; et presque toutes les localités qui ont un peu avancé dans la voie de l'assainissement pendant l'intervalle de deux invasions de choléra, ont éprouvé, dans la dernière de ces invasions, l'influence propice des mesures hygiéniques. Dans ce Rapport même, nous avons cité des exemples assez frappants des effets produits dans différentes villes par les améliorations sanitaires dans l'approvisionnement de l'eau, ou à l'égard de l'infection du sol. Si les améliorations, même partielles, donnent lieu à des résultats si surprenants, combien ne faudrait-il pas en attendre d'un système général d'assainissement, composé d'un ensemble de mesures bien combinées et mises à exécution d'une manière vigoureuse et simultanée dans tous les pays, ou du moins dans leurs contrées principales?

Nous connaissons toutes les difficultés d'une entreprise aussi vaste, mais elle deviendra de plus en plus facile au fur et à mesure que les Gouvernements, ainsi que les populations, comprendront que la plupart des endémies et des épidémies ne doivent leur violence et leur extension qu'à l'agglomération des hommes et aux habitudes funestes contractées dans ces agglomérations; et lorsque cette vérité aura pénétré dans l'esprit de tous, tout le monde comprendra aussi qu'il est au pouvoir de l'homme qu'il est même de son devoir, de détruire par ses efforts ce qu'il a créé par son ignorance.

Nous nous attendons à l'objection des frais énormes que nécessiterait l'exécution de toutes ces mesures hygiéniques sur une vaste échelle; mais nous avons répondu d'avance à cette objection: *la dépense des sommes même les plus fortes* (avons-nous dit à la page 3) *pour la réalisation des mesures de salubrité, n'est au fond que placer de l'argent à un intérêt très considérable.* Ici nous ne ferons qu'ajouter que dans l'un des pays qui se préoccupe le plus de la santé publique, et où l'on procède à des enquêtes sanitaires dans toutes les villes où la mortalité annuelle dépasse 23 sur mille, c'est presque un proverbe déjà populaire que la santé nationale est la richesse nationale *(National health is national wealth).*

V

Jusqu'ici nous avons examiné la préservation contre le choléra asiatique par des mesures hygiéniques rigoureusement *préventives;* nous allons considérer à présent les mesures du même ordre qui doivent être prises dans le cas d'imminence, ou d'une invasion déjà réalisée. Lorsque la prophylaxie a été négligée, ou lorsque par un motif quelconque elle a été impuissante, l'hygiène ne déserte point la lutte ; elle peut nous aider encore à empêcher bien des malheurs, ou du moins à les adoucir.

L'organisation prévoyante de l'*assistance publique,* devoir toujours pressant, devient un besoin urgent dans les temps d'épidémie. Il faut pourvoir d'avance à ce besoin, et avoir tout préparé pour diminuer autant que possible le nombre des victimes, ainsi que pour rendre moins funeste l'issue des attaques.

A la première de ces indications se rattachent les *secours à domicile.* Il est non-seulement nécessaire de venir en aide à la population pauvre par tous les moyens dont la bienfaisance publique dispose, mais il sera encore très convenable de veiller, par le moyen de *visites domiciliaires* régulières, à la salubrité des habitations et à l'état de santé des individus, surtout dans la classe nécessiteuse.

Ces visites ont une importance capitale. Elles devraient être *générales,* et *journalières,* autant que les ressources locales le permettent. Ces visites ont pour but de saisir le choléra dès l'apparition de ses premiers symptômes, et par là même d'en prévenir le développement. Par ces visites non seulement on parviendra à sauver beaucoup d'individus, mais encore on affaiblira l'intensité de l'épidémie, si l'on ne réussit pas à l'étouffer. Les statistiques des épidémies de 1848-49 et 1853 à Londres, à Dumfries, à Glasgow, à Munich, etc., où cette inspection sanitaire fut établie, d'une manière plus ou moins générale, donnent des résultats très satisfaisants. — La Commission ne peut que recommander instamment l'adoption de ce système de surveillance, surtout dans les grandes villes, localités d'ordinaire les premières frappées, et devenant ensuite des centres de propagation. Cette mesure mérite à tous égards le nom de *préventive;* mais, comme pour toute autre mesure hygiénique, son exécution doit

être opportune, complète et consciencieuse, si l'on veut avoir le droit de compter sur son efficacité.

Par les soins de l'Administration locale, on distribuera profusément et gratuitement des exemplaires d'une *Instruction* populaire contenant les préceptes principaux de la préservation individuelle, et des premiers soins à donner en cas d'attaque. Ces *Instructions*, dont du reste les modèles abondent, doivent être écrites dans un langage à la portée du peuple et adaptées aux conditions locales.

Parmi les conseils hygiéniques généraux, il faudra insister très particulièrement sur le danger des émanations excrémentielles. Il ne serait pas déraisonnable d'aller jusqu'à la défense absolue de l'usage des latrines communes, et à la prescription obligatoire de désinfecter en général les matières excrémentielles. Cette mesure, exécutée dès le début d'une invasion, avec ensemble et avec la plus sévère exactitude, serait de nature à s'opposer au développement du choléra, surtout si elle était complétée par la surveillance des visites médicales journalières.

Les fâcheux effets des passions déprimantes, de la peur, surtout, étant connus, on relèvera par tous les moyens possibles l'esprit de la population, en faisant valoir la confiance que doit inspirer l'efficacité des mesures prises. — A ce propos on a soulevé la question de savoir si dans une invasion épidémique il est préférable de cacher le danger, de diminuer le chiffre réel des attaques et des décès, etc., ou d'avouer franchement l'imminence, ou l'étendue, quelle qu'elle soit, des ravages de la maladie. La Commission se prononce pour la véracité complète: ce système prévient l'abandon des précautions de la part des individus, et il prévient aussi l'exagération à laquelle le public n'est que trop enclin. Le système contraire ne produit le plus souvent que des effets diamétralement opposés à ceux qu'on en attendait. D'ailleurs, les tableaux et les pièces officielles restent, ils sont consultés par la suite, et il faut tâcher de ne pas fournir de données fausses, et de chiffres inexacts, à l'histoire et à la statistique des épidémies. Cette histoire détaillée est un document important; c'est encore un devoir de l'Administration de la faire écrire consciencieusement, car on en tire toujours des enseignements utiles pour les épidémies présentes ou futures.

Par la publication officielle de l'exacte vérité, et par l'emploi des mesures les plus rationnelles et les plus efficaces, les habitants d'une ville infectée seront beaucoup plus rassurés que par le système de

déguisement de ce qui se passe réellement. Pleins de confiance, ils prêteront alors leur concours empressé à l'Administration, et les proclamations et les dispositions de celle-ci jouiront de toute l'autorité dont elles ont besoin dans les circonstances graves d'une épidémie.

Les visites médicales générales, que nous avons tant recommandées, préviendraient un grand nombre de cas de choléra, et elles permettraient aussi de soigner à domicile la plupart des malades, même les plus pauvres C'est pourquoi, si les visites préventives générales, ou dans toutes les maisons, ont été omises, on ne doit nullement se dispenser des visites immédiates dans les maisons envahies. C'est alors que les soins médicaux, les soins hygiéniques, l'isolement et la désinfection, peuvent avoir un meilleur succès.

Mais en même temps il faudra se préoccuper de l'assistance hospitalière, qui est un mode d'assistance dont on ne peut pas se dispenser.

L'hygiène des *hôpitaux* est assez connue pour nous permettre de passer sous silence les conditions générales relatives à l'emplacement, à la distribution, au régime intérieur, etc., de ces établissements. Il nous suffira d'appeler l'attention sur les points les plus saillants qui concernent les hôpitaux pour les cholériques.

Il serait désirable que chaque grande ville eût un hôpital permanent spécial pour les maladies épidémiques; cet hôpital devrait être situé hors de la ville et recevrait les premiers malades d'une épidémie quelconque, par exemple du choléra, qu'on est trop souvent aujourd'hui contraint d'admettre dans les hôpitaux ordinaires sans avoir eu le temps de les évacuer préalablement des malades. En général il serait préférable d'envoyer les cholériques, dont l'état ne défend pas encore un transport au loin, à des hôpitaux situés hors des centres de la population; mais pour des malades qui demandent le secours le plus prompt on aura soin d'établir, dès l'imminence d'une invasion de choléra, de petits hôpitaux improvisés dans le sein même de la ville ou dans des maisons louées (et alors les maisons adjacentes devraient être évacuées), ou dans des baraques construites dans ce but sur les grandes places.— Il va sans dire que lorsqu'à défaut d'hôpitaux spéciaux, les cholériques doivent être admis dans les hôpitaux ordinaires (ce qu'il serait convenable d'éviter à tout prix, vu la transmissibilité de la maladie), il faut les tenir du moins dans des salles séparées et isolées.— Le transport des malades se fera dans des véhicules destinés exclusivement à ce service, et stationnant dans les places et les carrefours principaux.

Les latrines communes seront supprimées dans ces hôpitaux; les déjections seront déposées dans des vases spéciaux, désinfectées sur place, et emportées deux fois par jour dans des tonneaux ou des caisses bien fermées, pour être éloignées et enfouies dans des fosses,et recouvertes de chaux vive.

Le linge sale de l'hôpital doit être immédiatement immergé dans de l'eau contenant des substances désinfectantes. Quant aux objets de literie, les paillassons sont préférables aux matelas, et la paille doit être brûlée après avoir servi à chaque malade.

Il est non moins indispensable de désinfecter immédiatement le linge et les vêtements qu'apportent avec eux les malades admis dans l'hôpital. Si les ressources abondent, il serait préférable de brûler tous les effets des malades reçus: cette mesure devra s'appliquer, du moins, aux vêtements des décédés.

Quant aux garde-malades, la Commission recommande de les choisir, s'il est possible, parmi les individus qui ont déjà subi le choléra, et surtout de les avoir en assez grand nombre pour pouvoir les relever souvent, leur donner des heures de repos (qu'il leur serait plus convenable de passer hors de l'hôpital),et leur ordonner la propreté la plus rigoureuse.

Nous recommandons particulièrement de ne point oublier les familles des cholériques, lorsqu'il conviendra de fermer d'urgence une maison envahie, de la désinfecter, de donner d'abondants secours et de l'abri aux femmes, aux orphelins, aux invalides : pour répondre à ces besoins de la charité et de la salubrité publiques, on ne pourrait trop insister sur l'avantage de l'institution d'orphelinats et de *maisons de refuge* temporaires pendant l'épidémie.

Comme corollaire de ces considérations nous établissons que:

Une sage organisation de l'assistance publique,—les visites préventives générales, ou, à leur défaut, les visites médicales dans les maisons envahies,—les secours immédiats aux attaqués,— la publication des Instructions populaires, — l'encouragement qui naît de la confiance dans la promptitude et l'étendue des secours, et de la publication de l'état véritable de l'épidémie, — ainsi que l'installation d'hôpitaux spéciaux, et de maisons de refuge temporaire pour abriter les familles des malades pauvres, sont des mesures hygiéniques et administratives très efficaces pour entraver la propagation du choléra, et pour en diminuer les ravages, dans les localités envahies.

—

La transmissibilité du choléra posée en principe, la loi de propagation qui en découle est évidente; la Conférence l'a déjà proclamée: *le choléra se propage partout en raison de la facilité et de la multiplicité des communications.* En partant de cette loi, l'hygiène du choléra a étudié les moyens généraux de diminuer autant que possible, à l'approche et durant une épidémie, la densité des populations et la multiplicité des rapports individuels qui en sont la conséquence, afin de s'opposer efficacement soit à la diffusion du fléau dans l'intérieur d'une ville déjà envahie, soit à la propagation de la maladie aux localités encore indemnes. De là proviennent les avantages que, sous ce point de vue, on peut tirer de l'*émigration*, de la *dissémination* et du *déplacement*.

L'*interruption* temporaire de toute communication avec les pays, les localités ou les personnes envahies par le choléra, est la mesure prophylactique la plus sûre, la plus simple et la première suggérée par l'instinct même de la préservation. Mais cette mesure n'est pas facile à exécuter; elle peut bien s'appliquer à une île, à une contrée péninsulaire pas trop étendue, à une localité restreinte, à un quartier, à un édifice déterminé; mais elle devient impraticable dès qu'il s'agit de la généraliser. Les difficultés de maintenir cette séquestration aussi absolue qu'il serait nécessaire, et les inconvénients économiques qui résulteraient de cette interruption absolue de communications, sont trop graves pour pouvoir l'établir toujours avec avantage. C'est pourquoi cette mesure radicale et décisive a dû se modifier sous la forme et le nom de *quarantaine.* Nous la recommandons pourtant dans tous les cas où elle pourrait se faire

Dès que l'isolement absolu des vastes foyers cholériques est devenu impossible, il faut s'attendre à une diffusion plus ou moins redoutable du germe de la maladie. Or, cette diffusion s'opère par les voyageurs et les fuyards, ainsi que par toute sorte de provenances des lieux infectés.

Parmi les agents qui disséminent le choléra asiatique, il faut compter tout d'abord les grandes agglomérations mobiles ou qui peuvent facilement se déplacer, telles que les caravanes, les armées, etc., parties d'un pays infecté, ou déjà infectées elles mêmes.

Le déplacement de ces agglomérations est d'ordinaire un bienfait pour les individus dont elles se composent, mais il est un danger pour les pays qu'elles traversent ou pour les localités où elles s'arrêtent.

L'étude de la question des *pèlerinages* étant confiée à une Commission spéciale, nous n'avons rien à ajouter ici sur les *caravanes* et les réunions des pèlerins.

Quant aux *corps de troupes* en mouvement, l'on sait trop bien qu'ils ont été souvent les agents les plus actifs de la propagation du choléra : voilà pourquoi on devra s'abstenir, autant que possible, de faire marcher des troupes, de relever des garnisons, etc., pendant une épidémie On sait, du reste, combien il est dangereux, pendant une épidémie, d'opérer la jonction de différents corps d'armée, d'incorporer des recrues, etc.

Les agglomérations spéciales connues sous le nom de *foires* ont contribué plus d'une fois à la diffusion rapide du choléra. La suspension des grandes foires pendant l'épidémie sera donc tout naturellement une excellente mesure préventive contre sa propagation; cette mesure, d'ailleurs, n'est que trop justifiée par les exemples qui ont été produits dans le Rapport de votre Commission générale à propos de l'influence que les grandes agglomérations d'hommes infectées exercent sur le développement et la propagation du choléra.

Jusqu'ici nous avons considéré la *dissémination* comme la dispersion des semences ou des germes du choléra par les grandes agglomérations mobiles ; à présent il faut l'envisager sous le point de vue de l'éparpillement de toute sorte d'agglomérations d'hommes. La *dissémination,* dans le premier sens, est un mal pour les lieux encore indemnes, mais prise dans sa seconde acception, et par rapport aux agglomérations envahies ou menacées de l'être, elle peut devenir une grande mesure de prophylaxie. Cette mesure, du reste, n'est qu'une seconde dérivation de la loi de propagation déjà admise: plus l'agglomération, ou la localité, où le choléra apparaît, possède une population dense, plus les communications et les relations y sont multipliées, plus aussi la diffusion et l'extension de la maladie y sont rapides. C'est donc de la dernière évidence que tout ce qui tend à raréfier la population et à diminuer le nombre des relations, aura pour effet d'enrayer la propagation du choléra et de préserver un grand nombre d'individus.

Ainsi, les agglomérations mobiles ne retirent que des avantages du *déplacement* bien ordonné, qui améliore d'abord leurs conditions hygiéniques, et de la *dissémination* méthodique, qui diminue en outre les chances de transmission.

Ce déplacement et cette dissémination semblent avoir eu une influen-

ce très favorable en temps d'épidémie sur l'état sanitaire des corps de troupes dans lesquels ces mesures ont été appliquées; et c'est dans les stations militaires des Indes que l'on en trouve les exemples les plus remarquables : mais c'est aussi dans les Indes que l'on trouve le modèle de l'application de ces mesures (*).

Pour ce qui est des lieux habités ou des agglomérations fixes, la dissémination commence par l'*émigration* libre. L'éloignement est le moyen de prophylaxie qui se présente le premier à l'esprit des individus. Dans les grandes villes, à population condensée, on peut bien encourager l'émigration des personnes inutiles ou dégagées par état, des vieillards et des enfants.

Cette émigration doit commencer dès que l'épidémie menace d'envahir la localité : lorsque le choléra a déjà éclaté, et surtout lorsqu'il sévit, l'émigration perd la plus grande partie de son efficacité, devient dangereuse pour les lieux d'asile des fuyards, et dans ce cas l'Autorité devrait même signaler tous les dangers d'une telle émigration.

Une émigration tardive, en effet, tout en étant souvent stérile pour les fuyards, pourrait compromettre la santé de quelques lieux encore indemnes, et augmenter la terreur dans l'enceinte de la ville éprouvée.

(*) Outre les mesures d'isolement et de désinfection, outre l'établissement d'hôpitaux séparés et de latrines spéciales, etc , le déplacement et la dissémination sont de règle, en temps de choléra, pour les troupes des Indes. — Voici les dispositions officielles principales sur ce sujet.

1° Dans un rayon de 20 milles autour des stations militaires on doit choisir d'avance toutes les localités convenables pour un campement de troupes en temps de choléra. Ces localités doivent être éloignées des grandes routes, des campements ordinaires et de 8 à 10 kilomètres des stations militaires : l'emplacement doit être élevé, et présenter des facilités pour le drainage.

2° Si le choléra se montre parmi les soldats, et si le médecin en chef de la station déclare qu'il y a lieu de craindre qu'il devienne épidémique (c'est-à-dire si deux ou plus de cas, par exemple, arrivent dans le courant d'une semaine après la déclaration du premier cas), les troupes doivent partir sans égard aux conditions de temps ou de saison. Les autorités locales déterminent le degré de la dissémination, c'est-à-dire si tout le corps ou seulement sa partie atteinte doit être déplacée, ou disséminée, avec interruption des communications entre cette partie et le reste des troupes.

3° Le corps de troupes à déloger sera divisé en autant de détachements qu'il y aura de médecins, que l'on fait venir, au besoin, des stations voisines.

4° Le campement se fait sous des tentes qui, en temps de choléra, ne doivent abriter que la moitié des hommes auxquels elles sont destinées en temps ordinaire, et qui seront pourvues de couchettes dans la saison des pluies. Les mêmes réglements sont appliqués aux femmes et aux enfants des soldats.

5° Si le choléra continue parmi les troupes, on changera le campement, au besoin, tous les deux ou trois jours, sans fatiguer les soldats et en les faisant marcher autant que possible sous l'angle droit dans la direction du vent dominant.

6° Le retour des troupes aux stations ne se fera qu'après la complète disparition de la maladie depuis au moins 10 jours dans ces stations, et après une désinfection radicale des casernes, hôpitaux et autres habitations.

L'Administration, de son côté, favorisera l'effet de l'émigration en diminuant l'encombrement malheureusement trop commun dans plusieurs des asiles et des établissements publics. Faire évacuer, par exemple, un hospice placé dans de mauvaises conditions hygiéniques, en faisant passer les asilés dans une autre ville ou endroit, ou en les distribuant entre différents établissements, suspendre temporairement les admissions dans un hôpital trop plein, éclaircir la population d'un bagne d'une prison encombrée, etc., etc., sont des mesures qui, tout en assurant la vie des émigrants, servent à améliorer les conditions de ceux qui restent.

Ajoutons que de même qu'il faut émigrer le plus tôt possible, il convient de ne revenir qu'au plus tard: sans cette précaution, nécessitée par la possibilité d'une attaque quelques jours encore après l'extinction de l'épidémie, on court grand risque de rendre nuls tous les avantages d'une émigration opportune.

L'émigration est une espèce de dissémination au loin, et d'ordinaire antérieure à l'invasion de la maladie; mais il y a une autre *dissémination* qui consiste à disperser la population dans l'enceinte de la localité, déjà envahie, ou dans ses environs. Cette dissémination est le complément, ou une mesure auxiliaire, de l'émigration. Lorsque, nonobstant l'émigration, la densité de la population reste encore considérable, il sera urgent d'y porter remède par la dissémination de la masse des habitants dans tout l'espace dont on peut disposer, sans aucun danger, bien entendu, pour les localités voisines.

Si cette dissémination n'a pas été faite d'avance, elle devra avoir lieu immédiatement après l'émigration, ou simultanément, et s'appliquer aux hospices, aux prisons, aux casernes, aux collèges, pensionnats, hôtels garnis, maisons des pauvres, dortoirs publics, partout où il y a un entassement quelconque. L'encombrement dans les temps de choléra est cent fois plus dangereux que dans les conditions ordinaires.

Quant au mode d'application et aux détails d'exécution, tout est subordonné aux conditions topographiques de la ville (nombre et capacité d'édifices disponibles ou de maisons vides, places, promenades, champs de manœuvres, etc.), aux ressources locales, et un peu aussi à la saison de l'année et aux circonstances atmosphériques.

Lorsque dans le voisinage d'une ville infectée il existe un emplacement assez vaste avec les conditions voulues d'élévation, d'exposition, de facile approvisionnement de l'eau, etc., on y a pu installer, avec

quelque succès, des *campements.* Ces campements, formés ordinairement de maisons en bois, de baraques, ou de tentes, reçoivent le trop plein de la population urbaine. Ils peuvent rendre de véritables services, mais à condition que la police hygiénique et sanitaire de ces villes improvisées soit complète et sévère, sans quoi on n'aboutirait qu'à créer de nouveaux encombrements non moins dangereux que ceux que l'on veut disperser. Ainsi, largeur des rues, ample ventilation, drainage facile, propreté exquise, latrines éloignées et désinfectées, visites générales préventives, isolement ou mode des communications réglé; voilà les besoins principaux auxquels il faut satisfaire.

La *dissémination* est aussi applicable aux malades, et aux quarantenaires, moyennant la construction d'hôpitaux et de lazarets sous la forme de campements. On ne saurait croire combien la dissémination des cholériques, par exemple, leur isolement, leur traitement à l'air libre, la séparation des convalescents, etc , contribuent à abréger la durée des épidémies et à obtenir des guérisons; mais toujours à condition d'observer rigoureusement les préceptes fondamentaux que nous avons mentionnés.

De tout ce qui vient d'être exposé nous tirons cette conclusion :

L'interruption temporaire des communications avec les lieux infectés, pourvu qu'elle puisse être absolue, est le préservatif le plus sûr contre la transmission du choléra.

Le déplacement opportun, et la dissémination méthodique, des ag-glomérations mobiles (caravanes, corps de troupes , etc.) *sont des mesures hygiéniques très efficaces pour prévenir le choléra d'éclater parmi elles, ainsi que pour en arrêter l'extension, ou en adoucir la violence.*

L'émigration opportune et la dissémination bien réglée peuvent donner lieu aux mêmes résultats favorables dans les agglomérations fixes (localités, établissements publics).

VI

Il nous reste à traiter de la *désinfection,* mot que nous avons employé et moyen que nous avons souvent conseillé dans le cours de ce

Rapport. Il faut en effet, détruire l'infection lorsqu'on n'a pu l'empêcher de se former.

Dans les cas de simple infection, d'infection par des principes connus, il est facile de la faire cesser, d'abord en employant les mêmes moyens hygiéniques qui la préviennent, et ensuite par l'emploi de divers moyens actifs de destruction directe.

Dans les cas d'infection cholérique, la facilité n'est plus la même, car le principe infectant nous est aussi inconnu que le reste des germes spécifiques. Mais l'expérience nous ayant appris que l'air est son principal véhicule, qu'il n'agit qu'à des distances assez rapprochées des foyers d'émission, et qu'il adhère souvent à certains objets matériels, nous pouvons essayer de le détruire, de le neutraliser, de le chasser, par divers moyens. Le choix de ces moyens est aussi l'œuvre d'une expérience poursuivie avec ardeur, et dont les résultats sont loin d'être décourageants. Malgré les diverses théories, nous ne savons pas toujours bien au juste ce qui se passe dans nos procédés de désinfection, mais nous obtenons des effets qui nous portent à croire que nous avons détruit le miasme cholérique, ou émoussé son action délétère. C'est ainsi que dans ces procédés nous trouvons des puissants auxiliaires pour diminuer d'abord la réceptivité d'une localité ménacée par le choléra, pour détruire le germe de la maladie déjà importé, pour limiter enfin l'extension d'une épidémie.

La nature d'un simple Rapport ne permet pas de descendre à des détails, mais, dans cette matière, il y a quelques détails qui sont trop essentiels pour se dispenser de les donner : aussi avons-nous tâché de remplir ces deux indications moyennant un traité sommaire spécial, rédigé par un des membres de la Commission (M. le Dr Mühlig), et annexé comme Appendice à ce Rapport.

Ainsi nous pouvons nous borner à rappeler l'importance suprême de la désinfection *immédiate* en temps de choléra. Désinfecter énergiquement les premiers foyers c'est entraver le développement d'une épidémie, c'est, quelquefois, l'étouffer dès son début.

Oui, et c'est notre réponse à la question s'il est possible d'éteindre les premiers foyers d'importation; l'expérience nous apprend que cette possibilité existe, pourvu que ces foyers soient encore très peu nombreux et que leur isolement complet vienne en aide aux mesures de désinfection. Quant à ces dernières, pour être méthodiques, elles doivent commencer, autant que cela peut se faire, par les sources d'émission

du principe cholérique, c'est-à-dire par les déjections, le linge, etc., du cholérique ; viendra ensuite la chambre qu'il a habitée, avec tout ce qu'elle renferme, et enfin toute la maison.

Nous admettons donc que :

La désinfection appliquée au choléra d'après une méthode rationnelle, et avec persévérance, s'offre comme un puissant auxiliaire :

1° *Pour diminuer la réceptivité d'une localité menacée par le choléra;*

2° *Pour détruire le germe de la maladie importé dans une localité; et*

3° *Pour limiter, dans certaines circonstances favorables, l'extension de l'épidémie.*

Nous venons de passer en revue toute la série des mesures de l'ordre hygiénique qui peuvent être opposées à la production, à l'importation et à la propagation du choléra asiatique. Elles sont pour la plupart générales, car il n'y a pas une hygiène tout à fait exclusive pour le choléra, mais toujours est-il qu'elles réussissent à le restreindre et à l'atténuer, double avantage évidemment constaté dans toutes les invasions cholériques survenues en Europe, ainsi que dans les lieux mêmes où le choléra a ses foyers permanents. Voilà pourquoi nous les avons recommandées; c'est qu'elles constituent une partie très importante de la prophylaxie du choléra; c'est que, comme la Conférence l'a déjà sanctionné, et nous aimons à le répéter, les mesures d'hygiène sont le complément *nécessaire* des mesures de quarantaine.

Galata-Seraï, le 6 août 1866.

A. M. Segovia, *président.*— Dr Gomès.— Dr Goodeve. — Keun. — Dr Lenz, *secrétaire.* — Malcom-Khan. — Dr Millingen. — Dr Mühlig (sous réserve) — Dr Spadaro. — Vetsera. — Dr Monlau, *rapporteur.*

Corrigenda.

Page.	*Ligne.*	*Au lieu de*	*Lisez*
2	30	ses	ces
3	13	a droit	est en droit
4	24	reviendra	reviendront
10	13	LEITHZ	LEITH
11	27	carbonique	carbolique
15	2	le	les
16	30	derrait	devrait
30	36	y versées	qui y sont versées.
31	21	D'ici	De là

APPENDICE

Au rapport de la commission des mesures hygiéniques.

LA DÉSINFECTION APPLIQUÉE AU CHOLÉRA

Travail revu et approuvé par la Commission.

(par le Dr. **Mühlig**).

1° Importance e la question e la désinfec-on appliquée u choléra.

Parmi les mesures prophylactiques recommandées contre le choléra la désinfection a toujours occupé une place importante, depuis surtout que l'opinion a prévalu, à tort ou à raison, que les mesures quarantenaires sont impuissantes à prévenir la propagation de la maladie ; on a donc pensé que la désinfection, appliquée méthodiquement et à temps, non seulement pourrait remplacer avantageusement toute mesure quarantenaire, mais que c'est là le vrai et unique moyen à opposer à la propagation de la maladie. On voit par là, de quelle importance il est de bien examiner cette question ; car si nous possédions en effet un moyen sûr à opposer à l'action morbifique du germe cholérique, notre tâche serait singulièrement simplifiée et la rigueur des mesures quarantenaires pourrait être grandement mitigée ; mais si nous allions trouver tout au contraire, par un examen approfondi de la question, que les prétendus moyens de désinfection ne sont qu'illusoires, qu'elles n'offrent aucune sécurité, n'arriverions-nous pas tout naturellement à conclure qu'il faudra chercher

ailleurs, par exemple dans une rigueur redoublée des quarantaines, les garanties contre la propagation du choléra ?

2° Quel est le but de la désinfection en général?

On comprend la désinfection de deux manières : dans un cas on se propose de détruire certaines substances organiques, considérées comme nuisibles à la santé, et dont la nature est plus ou moins connue d'avance ; dans l'autre cas, on cherche également à détruire, d'une manière directe ou indirecte, les germes morbifiques, inconnus quant à leur véritable nature et ne trahissant leur existence que par les effets qu'ils produisent sur les organismes vivants. Or, dans le premier cas comme nous connaissons plus ou moins bien les éléments sur lesquels nous nous proposons d'agir, nous pouvons faire le choix de nos moyens d'action avec précision et avec sécurité ; ainsi supposons, par exemple, que l'air confiné dans une chambre soit chargé d'émanations ammoniacales ; dans ce cas la chimie nous offre plusieurs moyens capables de neutraliser les vapeurs ammoniacales, par exemple le chlore, l'acide nitreux, etc. et en effet l'expérience confirme leur effet désinfectant. Mais il n'en est pas de même dans le second cas, car ici nous opérons contre des éléments dont jusqu'à l'existence est une hypothèse, et nos moyens d'action partagent conséquemment toute l'incertitude qui règne encore sur la nature des germes morbifiques ; on a admis ainsi que le chlore détruit les contagions, mais rien ne nous en donne la certitude ; les contagions ne trahissent pas leur présence par une odeur particulière, comme les émanations organiques dont nous venons de parler, et par conséquent nous ne pouvons pas les contrôler par l'odorat ; il est vrai que l'on cite des exemples où des maladies pestilentielles, par exemple le typhus des prisons, ont cessé de sévir à la suite d'un usage persévérant des vapeurs du chlore ; mais l'expérience journalière ne prouve-t-elle pas, en opposition directe avec ces exemples où la coïncidence a joué peut-être le principal rôle, que des maladies contagieuses telles que le typhus, la scarlatine, la gangrène nosocomiale, la fièvre puerpérale, etc. continuent leurs ravages dans des masses agglomérées, dans les hôpitaux par exemple, malgré l'usage méthodique du chlore ou de toute autre désinfectant ? Il y a néanmoins certains cas où, selon les enseignements de l'expérience, nous pouvons espérer d'atteindre les germes morbifiques directement, soit que nous en connaissions le véhicule ou le receptacle ordinaires, pourvu pourtant que ce ne soit pas l'air atmosphérique, soit que le lieu de leur germination dans l'organisme soit constaté et accessible à certains moyens sans qu'il résulte de l'application de ces moyens un inconvénient essentiel pour ce dernier ; comme exemple de la première catégorie nous citerons les selles des cholériques; comme exemple de la seconde la gangrène nosocomiale ; ainsi dans les cas de gangrène nosocomiale nous savons par l'expérience que certaines substances, surtout des préparations chimiques corrosives, appliquées sur les parties du corps atteintes par la gangrène tranforment assez sûrement la nature des plaies en détruisant probablement en même temps que les tissus aussi les germes morbifiques, et il serait permis d'admettre alors par analogie la probabilité d'un semblable résultat dans d'autres cas aussi, où les enseignements de l'expérience ne sont pas encore assez concluants, par exemple, dans le cas des selles cholériques. Mais à part ces moyens plus directs, on admet encore un autre mode d'action sur les germes morbifiques, par voie indirecte : on a cherché d'un côté à rompre l'action morbifique de ces germes en favorisant

leur volatilisation, de l'autre à compromettre leur vitalité en leur soustrayant les matières organiques que l'on considère, avec plus ou moins de raison, comme le milieu indispensable pour leur existence et pour leur développement ; en effet, les émanations ammoniacales jouent un grand rôle dans bon nombre de maladies contagieuses, ainsi il est connu combien elles favorisent le développement du typhus, de la fièvre typhoïde, du choléra, etc. ; quant à ce dernier surtout, M. Pettenkofer pense qu'en s'attaquant à ces émanations, dans leur source même, on parviendrait très probablement à rendre le germe cholérique tout à fait inoffensif. Mais, hâtons-nous d'ajouter que les faits fournis par l'expérience ne sont pas encore assez nombreux pour que nous puissions dès à présent nous prononcer sur la valeur de cette hypothèse.

Que l'on se serve de la désinfection comme d'un simple moyen purificateur contre des émanations dont la nature est plus ou moins connue, ou bien comme d'un vrai moyen anti-contagieux, on arrive à cette fin par deux voies différentes : ou l'on tâche de prévenir la formation et le dégagement de la matière insalubre et nuisible en détruisant la source qui la fournit ; tel est par exemple le cas quand nous attaquons la gangrène nosocomiale par des caustiques ou les autres moyens réputés *antiseptiques*, ou nous nous appliquons à l'atteindre après son dégagement et sa diffusion dans un milieu ; souvent les moyens mis en pratique sont sensés agir de ces deux manières à la fois. Nous pouvons avancer pourtant dès à présent que le premier de ces procédés présente infiniment plus de garanties d'efficacité que le second.

3° Quels sont s résultats tenus par la sinfection relativement au oléra ?

Avant d'examiner les divers moyens de désinfection appliqués au choléra, il conviendra peut-être de considérer d'abord d'une façon générale la question, s'il est prouvé par des faits bien concluants qu'il est possible de prévenir la propagation du choléra par les méthodes de désinfection connues. Malheureusement, il faut avouer que les cas ne sont pas très nombreux où la désinfection aît été mise en pratique d'une façon assez suivie et assez rationnelle pour qu'il soit permis de baser sur eux une conclusion quelconque ; de l'autre côté les quelques cas connus où une désinfection suivie a paru donner des résultats favorables, laissent toujours la porte ouverte à la supposition qu'il ne se soit agi ici d'un de ces exemples d'immunité, que nous devons nous borner à constater sans pouvoir les expliquer. Afin de pouvoir conclure sur cette question d'une façon définitive, il faudrait que nous possédions un nombre assez considérable des faits où la même méthode de désinfection ayant été appliquée dans les mêmes conditions et par des personnes compétentes, le résultat ait été toujours le même ; mais ces faits n'existent pas, et de ceux qui existent nous ne pouvons tirer que des conclusions plus ou moins probables, qui cependant ne sont pas défavorables à la pratique de la désinfection ; il paraîtrait ainsi que l'expérience vient plutôt à l'appui de la conclusion à laquelle nous arrivons déjà *a priori* par des considérations théoriques. Avant de citer maintenant quelques-uns de ces faits, nous devons encore observer que les moyens de désinfection ont été appliqués tantôt avant la manifestation du choléra dans une localité exposée à la contamination, c'est-à-dire, comme vrais moyens préventifs, tantôt après son importation dans le but d'en arrêter la propagation.

Comme un fait très concluant a été souvent cité celui de deux prisons de Munich. Le

choléra fut importé dans la prison de Kaisheim par un prisonnier qui y mourut; les conditions hygiéniques de cette prison étaient on ne peut plus mauvaises, mais les selles de tous les prisonniers et des autres habitants de la prison étaient soumises à une désinfection rigoureuse ; or un seul des 500 prisonniers fut atteint; par contre dans la prison d'Ebrach, où aucune mesure de cette nature ne fut prise, de ses 550 prisonniers 15 p. $_0/^0$ périrent victimes du choléra. Ce fait est rapporté par Pettenkofer (1); le même médecin signale le fait de Traunstein en Bavière, où il fut constaté pendant cette même épidémie (de 1854), que toutes les fois que les évacuations cholériques étaient désinfectées par le sulfate de fer, la maladie se contenta, contrairement à la règle générale, de sa première victime; quantité d'autres exemples analogues ont été constatés dans cette épidémie. Ainsi le Dr A. Wimmer rapporte le résultat de la désinfection qu'il a instituée pendant que le choléra régnait à Landshut ; dans 13 maisons des moyens de désinfection ont été employés, savoir dans 9 cas par le sulfate de fer jeté aussi dans les conduits et dans les vases de nuit, et dans 4 cas par le chlorure de chaux; on ne se servit pas pourtant de cette dernière préparation pour désinfecter les lieux d'aisance et les égouts, mais on se borna à l'exposer dans les dortoirs des malades et dans les corridors comme désinfectant de l'air. La durée de l'emploi de ces moyens variait de 2 à 3 semaines avec des intervalles de 8 jours à peu près. Les conclusions du Dr Wimmer sont les suivantes : 1. Les moyens de désinfection n'étaient appliqués dans ces cas qu'après la première manifestation cholérique ou après le premier décès 2. Dans tous les cas où l'on s'était servit du sulfate de fer pour désinfecter les lieux et les fosses d'aisance, aucun nouveau cas ne s'est plus manifesté dès le moment de l'application de ce moyen. 3. Dans les maisons où l'on avait eu recours au chlorure de chaux de la façon mentionnée, de nouveaux cas ont été constatés dans la suite. 4. Enfin dans toutes les maisons où le sulfate de fer avait été employé de la manière indiquée comme prophylactique, c'est-à-dire avant aucune manifestation cholérique, pas une seule attaque de choléra n'a été observée (2). M. W. Budd a fait en Angleterre usage de la désinfection avec les meilleurs résultats. Le 12 octobre 1854 le choléra se manifesta dans la caserne de Horfield, près de Bristol où le choléra régnait, caserne qui contenait de 5 à 600 hommes; le 13 M. Budd fut appelé et constata deux cas de choléra dans la période algide et deux cas d'une forte diarrhée cholérique. Il recommanda immédiatement l'application des mesures suivantes : 1) de recevoir les selles des malades, si possible directement, dans des vases contenant une forte solution de chlorure de zinc; 2) de jeter les linges souillés immédiatement dans de l'eau chargée du même désinfectant et de brûler les matelas et les autres objets contaminés non susceptibles de ce mode de désinfection ; 3) de réserver exclusivement pour les déjections cholériques les lieux d'aisance dans lesquels on avait déjà versé les selles des malades ; 4) de désinfecter tous les autres lieux d'aisance deux fois par jour moyennant les solutions de chlorure de chaux et de chlorure de zinc, employés libéralement ; 5 d'examiner tous les hommes de la caserne deux fois par jour relativement à l'état de leurs fonctions intestinales ; 6) de placer des gardes devant les

(1) Pettenkofer Verbreitungs- Art der Cholera (Article Kloster Ebrach) p. 119.

(2) Haupt-Bericht über die Cholera-Epidemie des Jahres 1854 im Königreiche Bayern.

lieux d'aisance et de traiter comme cholérique tout homme qui s'y serait rendu deux fois de suite dans un court espace de temps ; 7) d'empêcher les hommes de visiter les localités contaminées des environs jusqu'au moment de l'extinction de l'épidémie cholérique. Le résultat de ces mesures a été que les jours suivants 8 à 10 cas de diarrhée intense ayant été découverts et traités convenablement, aucun nouveau cas de choléra confirmé ne s'est plus manifesté dans la caserne. Dans plusieurs autres occasions M. Budd a fait usage de cette méthode de désinfection, toujours avec le même résultat favorable. Selon M. Cornish, il a été constaté dans un des hôpitaux de Madras que, depuis que les selles cholériques y étaient traités par des désinfectants, la maladie ne s'est pas propagée une seule fois dans l'hôpital. Dans le même opuscule de M. Budd où ces cas sont relatés (Memoranda on Asiatic cholera, its mode of spreading and its prevention. 1865), il est question d'un planteur de l'île de St. Vincent, qui par des mesures de désinfection a préservé ses nègres presqu'entièrement des ravages que le choléra faisait dans les possessions environnantes ; aussitôt que le choléra apparut parmi eux, il les fit placer sous des tentes et verser les déjections des malades dans une fosse creusée dans la terre et pourvue d'une grande quantité de chlorure de chaux ; toujours est-il, que dans les terres de ce planteur la manifestation cholérique a été très légère, tandis que les terres environnantes ont été décimées et quelques-unes presque dépeuplées.

Nous allons passer maintenant en revue les divers moyens de désinfection applicables au choléra.

4° Moyens de désinfection.

1. *Aération.* L'exposition au grand air des objets contaminés a toujours été considérée à juste titre comme un des moyens de désinfection les plus efficaces ; nous pouvons conclure à son utilité surtout par les résultats funestes observés dans les cas contraires où des effets contaminés ont été soustraits à l'aération et confinés; car l'expérience nous a appris qu'alors ces effets contaminés conservent souvent très long-temps la propriété de propager la maladie, ainsi qu'il a été constaté dans le Rapport général. Mais il est évident que ce moyen qui ne devrait être négligé dans aucun cas, n'est pas partout d'une application facile et radicale ; ainsi rien de plus facile que de purifier des linges en les exposant au grand air, mais aussi rien de plus difficile que d'aérer d'une façon suffisante l'intérieur d'un navire ; de plus, ce moyen n'est pas tout à fait sans danger à moins de l'entourer de certaines précautions, car les personnes qui se trouveraient en dedans d'un certain rayon de l'endroit où les objets à purifier sont exposés, risquent d'être contaminés par le germe cholérique qui s'en dégage. Quant au temps exigé pour une purification complète par l'aération, il dépendra de plusieurs conditions, qui ne pourront pas toujours être indiquées d'avance avec justesse ; ainsi il dépendra de la manière plus ou moins parfaite dont les objets contaminés sont accessibles au grand air, de leur texture et de certaines autres qualités physiques qui font que les germes morbifiques y adhèrent plus ou moins intimement, que l'air y pénètre plus ou moins facilement etc. Nous pensons cependant que, vu la tendance prononcée du germe cholérique à se volatiliser (*voyez* le Rapport général), dans les cas les plus favorables, quelques jours, huit jours au plus, suffiraient pour une purification complète. Il nous reste à ajouter que

l'aération ne nous dispensera jamais de recourrir en même temps aux autres moyens de désinfection là où il sont applicables.

2. *Calorification.* Une température très élevée a été considérée comme un des meilleurs moyens pour détruire les germes morbifiques, et cette opinion est basée surtout sur l'observation que certaines maladies contagieuses, comme la peste, n'ont jamais passé les tropiques; cependant quant au germe cholérique, il ne paraît pas que la température très élevée ait sur lui le même effet destructif, le choléra s'étant manifesté sous toutes les conditions de température et même de préférence avec une température élevée. Or, pour que nous puissions compter sur l'effet désinfectant de la chaleur, il faudrait l'élever à un degré qui détruirait toute matière organique ; il en résulte que la calorification pour être indubitablement efficace doit être une *combustion*; aussi la destruction par le feu des objets contaminés est-elle mise en usage partout où d'autres moyens de désinfection ne sont pas bien applicables. Pourtant il est très probable qu'un degré de chaleur voisin de celui de la combustion, par exemple la chaleur d'un four, peut aussi détruire le germe cholérique ; mais ce n'est jusqu'ici qu'une hypothèse, de façon qu'il ne faudrait jamais trop se fier à ce seul moyen. Le Dr Henry de Manchester pense qu'une température au-dessus de 200 °F. (94° cent.) détruit les germes morbifiques (1).

3. *Immersion dans l'eau.* L'immersion prolongée dans l'eau désinfecte certainement les objets contaminés, pourvu que l'eau soit constamment renouvelée, comme c'est le cas par exemple lorsque ces objets sont immergés dans l'eau courante d'un fleuve ou à la remorque d'un navire ; il ne faut pas perdre de vue pourtant que les objets contaminés ne sont désinfectés par ce moyen qu'au prix de la contamination de l'eau elle-même qui reçoit le germe cholérique sans le détruire, et que dès lors ce moyen peut devenir dans certains cas d'un danger d'autant plus grand que la quantité des objets contaminés est plus forte et que la masse d'eau qui les reçoit est plus petite. Tout le monde sait du reste à quel danger expose les buandiers le simple lavage des linges. Il a été constaté dans le Rapport général que la contamination des eaux d'un fleuve peut devenir funeste de plusieurs manières, que la contamination de l'eau de mer d'un port est dangereuse aux navires y ancrés, etc. Il résulte de tout cela que l'immersion dans l'eau tout en étant un des moyens les plus puissants de désinfection, ne peut être pratiquée que dans certaines conditions et et avec des précautions qu'il sera facile à déduire de ce qui va suivre.

4. *Procédés chimiques.* Des procédés chimiques nombreux et variés ont été recommandés pour la désinfection ; les plus anciens et les plus primitifs sont les fumigations par la combustion de certains végétaux, surtout aromatiques, l'évaporation du vinaigre, l'immersion dans du vinaigre, etc. ; on ne peut pas considérer ces moyens comme des désinfectants efficaces ; les uns ne font le plus souvent que masquer les odeurs infectes, les autres comme le vinaigre agissent principalement par le lavaget et peut-être aussi par l'acide acé-

(1) Le Dr Henri à désinfecté les linges des malades de scarlatine par une température de 212 ° F. (100° cent.;) les habits en laine des pestiférés ont été exposés durant vingt-quatre heures à une chaleur de 144 à 167 ° F. (62 à 75° cent.) et portés pendant quatorze jours par 56 personnes sans aucune conséquence fâcheuse. (Parkes Manuel of practical Hygiene. 1866, p. 82.

tique ; ainsi on ne peut guère compter sur ces moyens et ils ne pourront rester dans la pratique que comme des adjuvants utiles des méthodes de désinfection.

Parmi les désinfectants chimiques celui qui a joui de la plus grande réputation et qui est devenu d'un usage presque général, c'est le *chlore* dégagé sous forme gazeuse par les divers procédés chimiques connus ; on ne s'est pas contenté de le considérer comme un moyen sûr pour faire disparaître d'une façon presque immédiate les émanations putrides des lieux infectes, mais on lui a attribué aussi la vertu de détruire tous les miasmes et les contagions, et d'être ainsi un prophylactique puissant contre la peste, le typhus, la scarlatine, la petite-vérole, etc.; on rapporte même des cas où des épidémies du typhus des prisons auraient été éteintes par les vapeurs du chlore. Cependant les espérances exagérées qui se sont attachées de prime abord à l'usage du chlore, ne se sont pas soutenues du moment que l'expérience de tous les jours a démontré qu'il n'est que d'une utilité très limitée, comparativement aux grands résultats que l'on en espérait pendant cette première période d'engouement. Aujourd'hui, s'il peut être encore incertain s'il a ou non une action quelconque sur les germes morbifiques, il est pourtant très positif qu'il n'y a pas un seul fait concluant qui prouverait que le chlore puisse prévenir la propagation d'une maladie contagieuse quelconque ; quant à son action sur les émanations putrides, elle est mieux assise sur les faits de l'observation, en ce sens que le dégagement du chlore fait disparaître assez sûrement les odeurs infectes dans des espaces confinées en entrant avec ces émanations dans des compositions chimiques inoffensives; ainsi il décompose rapidement l'hydrogène sulfuré, l'ammoniaque, le sulfure d'ammonium, l'hydrogène protophosphoré, etc. ; mais encore ici nous ne pouvons supprimer tout à fait la question si cette vertu désinfectante n'est point quelquefois illusoire, la forte impression que le chlore exerce sur le sens de l'odorat émoussant la sensibilité de ce dernier, en d'autres termes, si nous ne masquons pas tout simplement une odeur par une autre. Il faut encore ajouter à cela, que le chlore est un irritant très intense des voies aériennes et qu'il est par conséquent impossible de charger l'atmosphère des habitations de la quantité voulue d'un gaz qui a de graves inconvénients pour ceux qui le respirent. Les célèbres fumigations Guytoniennes sont tout simplement les fumigations au chlore que l'on obtient en versant sur 3 parties de sel marin et une partie de bioxide de manganèse, 2 parties d'acide sulfurique avec une égale partie d'eau. Les inconvénients indiqués des vapeurs du chlore sont sans doute une des causes de l'usage très limité que l'on en fait aujourd'hui, et c'est le *chlorure de chaux* qui l'a remplacé dans la pratique journalière ; on se sert de cette préparation d'abord dans le même but de purification de l'air, soit en causant un dégagement rapide du gaz chloreux par l'addition de petites quantités d'acide sulfurique ajoutées par intervalles, soit en l'exposant tout simplement dans des vases en terre, ce qui permet un dégagement lent du gaz. Or, quant au chlorure de chaux comme purificateur de l'air, nous n'avons rien à ajouter à ce que nous avons déjà dit précédemment du chlore, sinon que son action sera d'autant plus incertaine que le dégagement du chlore en sera plus faible ; mais ce n'est pas à quoi se borne l'action désinfectante du chlorure de chaux ; il paraîtrait au contraire que la chaux qui entre dans cette composition lui donne sa principale valeur comme désinfectant employé directement sur les objets à désinfecter ; dans ce cas

il est essentiel que ces derniers en soient bien pénétrés, ce qui n'est possible que si l'objet de la désinfection est lui-même liquide ou bien si le chlorure est dilué dans une certaine quantité d'eau. La *liqueur de Labarraque* est une solution d'hypochloride de soude dont on se sert pour asperger les lieux ou les objets à désinfecter.

La *chaux vive* est un désinfectant très utile, car, outre son action chimique sur les matières organiques, elle les lie, les solidifie en même temps et empêche ainsi les émanations de se dégager ; elle absorbe avec avidité l'eau et les vapeurs aqueuses de l'atmosphère avec tout ce qui s'y trouve suspendu,sans se liquifier,et dégage pendant cette opération beaucoup de chaleur ; hâtons-nous pourtant d'ajouter que la chaux a le grand inconvénient de favoriser le dégagement de l'ammoniaque et qu'en général elle retarde seulement le travail de putréfaction sans l'empêcher complétement. La chaux éteinte avec l'eau est d'un usage plus général et dans certains cas elle ne peut être remplacée par aucun autre moyen, comme par exemple pour le badigeonage. Le *poussier du charbon* est un très-bon désinfectant ; il absorbe tous les gaz sans distinction, et en décompose en même temps quelques-uns ; il attire promptement les émanations contenues dans le milieu ambiant ; quand il est encore récent il peut s'en charger, à ce qu'on prétend, de 15 à 20 fois son propre volume, et l'absorption et la décomposition y continuent pendant deux ou trois semaines; nous verrons plus tard que le charbon est un des meilleurs désinfectants des égouts. On a aussi proposé comme très utiles diverses combinaisons de ces deux dernières substances ; ainsi le Dr. Squibb de Brooklyn propose une poudre désinfectante composée de deux parties de chaux vive sur une partie de charbon, bien conservée dans des barils hermétiquement fermés. Le désinfectant de Thompson consiste en 6 parties de charbon sur 2 parties de chaux, avec de la cendre et du sel en moindres proportions. *La terre dessechée,* surtout la terre marneuse et argileuse, agissent d'une manière analogue ; elles détruisent les mauvaises odeurs. La *tourbe* absorbe les composés de l'ammoniaque et constitue ainsi le meilleur désinfectant de l'urine.

Les *acides minéraux*, l'acide nitrique, sulfurique, hydrochlorique sont des désinfectants par leur action antiseptique ; les vapeurs de l'*acide nitreux* que l'on dégage soit en additionnant à l'acide sulfurique du nitrate de potasse, soit en mettant une pièce de cuivre dans de l'acide nitrique avec un peu d'eau, jouissent d'une grande réputation et ont été préconisées non seulement comme des purificateurs de l'air, mais aussi comme de vrais moyens anticontagieux; cependant l'irritation qu'elles produisent sur les voies aériennes en limitent nécessairement l'usage ; du reste elles n'ont justifié qu'en partie la confiance qui leur a été accordée. Ramon da Luna assure que l'acide nitreux a réellement un pouvoir préservatif contre le choléra et que personne de ceux qui ont fait usage des fumigations nitreuses n'a été attaqué à Madrid. Mais ce résultat négatif ne saurait être d'une grande valeur qu'après des expériences faites sur une plus grande échelle. (Parkes, manuel of practical hygiene. 1866, pag. 85.) Les fumigations de Smith sont des fumigations nitriques, obtenues par la voie suivante : Acide sulfurique, eau *ana* 15, mêlez, tenez le mélange sur la cendre chaude et ajoutez peu à peu, nitrate de potasse 15; cette dose peut désinfecter un espace de 120 mètres cubes. Les mêmes observations s'appliquent, à l'*acide sulfureux*, obtenu par la combus-

tion du soufre ; dans les cas où il peut être employé sans inconvénient il est néanmoins un bon moyen à opposer aux émanations putrides et surtout d'une application facile, quoiqu'il ne soit pas bien sûr qu'il détruise les miasmes et les contagions, comme beaucoup de médecins le croient encore.

L'*acide carbolique* ou *phénique* qui forme la base du *coaltar*, et de la *créosote* impure du commerce (1), est un antiseptique qui a été beaucoup employé dans ces derniers temps. On mélange une partie d'acide phénique impur avec 50 ou 100 parties d'eau. Lemair a étudié les propriétés désinfectantes de l'acide phénique : une fosse de 2,21 mètres cubes dans laquelle on avait mis 2 ou 3 millimètres *coaltar*, fut remplie d'excréments solides et liquides; après quelques minutes l'odeur des excréments avait déjà disparu pour ne plus apparaître deux mois après (en été). Un seau pouvant contenir 250 livres d'eau fut enduit intérieurement de *coaltar* et puis rempli d'excréments et enfoui dans du fumier ; 6 mois après, on ne remarquait d'autre odeur que celle du *coaltar*. Lemair propose d'imprégner du son d'une solution d'acide phénique et de le répandre sous les draps de lits des cholériques ; mais il faut en même temps établir une bonne aération. Pendant l'épidémie de 1865, on a fait à Marseille un usage très étendu de l'acide phénique dilué (1 sur 100) pour la désinfection des navires ; il paraît receler un mordant sur la partie organique de la fibre végétale qui s'emprègne avec facilité et dont il paraît raffermir la texture ; quant aux navires en fer, il a cet avantage sur le chlore qu'il n'exerce pas sur ce métal la même action destructive. L'acide phénique entre aussi dans la composition du désinfectant de M' Dougall, très estimé en Angleterre ; on mêle les sulfites de chaux et de magnésie avec les produits du goudron, l'acide carbolique ou phénique impur, et l'on obtient ainsi des carbolates de chaux et de magnésie.

Le *permanganate de potasse* est considéré comme un antiseptique puissant et aussi comme un désinfectant efficace, mais il est peu usité à cause de son prix élevé. Pour désinfecter l'air des appartements, les chirurgiens américains faisaient évaporer des morceaux de draps imbibés d'une forte solution de cette préparation ; il est très utile pour purifier l'eau des matières organiques en y ajoutant seulement quelques gouttes de la solution jusqu'à ce que la teinte du permanganate y apparaisse ; en secouant, l'eau devient parfaitement limpide et inodore, tandis que les quantités minimes du permanganate ajouté, loin d'avoir des inconvénients, la rendent plutôt tonique.

Le *sulfate de fer* est peut-être parmi les désinfectants chimiques celui qui est employé aujourd'hui le plus souvent contre l'infection cholérique et les résultats obtenus jusqu'à présent lui sont plutôt favorables; dissout dans de l'eau dans la proportion d'un sur huit, il sert comme un désinfectant local en empêchant les émanations des gaz putrides et en rendant ainsi inodores les matières infectes qui sont traitées par cette solution ; ce qui facilite encore son usage général, c'est le prix modéré auquel on l'obtient.

---

(1) Le phénol (acide phénique), découvert par Runge, se produit dans la distillation du goudron de la houille; nous ajouterons qu'on en trouve aussi dans la créosote. Ce que l'on vend dans le commerce sous le nom de créosote n'est souvent que du phénol impur; mais la véritable créosote, extraite du goudron de bois par Reichenbach, a des caractères qui la séparent nettement de ce composé. (Malaguti, leçons élémentaires de chimie. Paris. 1863, pag. 440 et 424).

Le chlorure de zinc est sans aucun doute de beaucoup supérieur au sulfate de fer; une solution concentrée de ce sel versée sur la matière organique à désinfecter, enlève très rapidement toute trace d'odeur infecte et—c'est là précisément où est sa supériorité —il détruit toute matière organique par sa puissante action corrosive; le seul obstacle à son emploi usuel, est son prix élevé.

Les *huiles essentielles*, surtout celui de la térébenthine et de genièvre, ont été souvent expérimentées comme désinfectants de l'air pendant les dernières épidémies du choléra; le Rapport bavarois sur l'épidémie de 1854 ne peut signaler aucun avantage réel obtenu par les vapeurs d'huile de térébenthine et de genièvre employées soit dans les habitations privées soit dans les hôpitaux.

Nous avons énuméré jusqu'ici les principaux agents chimiques employés dans le but de la désinfection, mais ce ne sont pas les seuls; une foule d'autres préparations de zinc, de fer, de plomb, de chaux, de soude, l'acide pyroligneux etc. ont été recommandées, qu'il serait inutile de considérer ici en détail; il va sans dire que l'hypothèse n'a pas manqué de jouer quelquefois le pincipal rôle dans ces recommandations; ainsi par exemple on a prétendu de désinfecter l'air des appartements en y activant la formation de l'ozone, ce que l'on espère obtenir par l'exposition de morceaux de phosphore plongés en partie dans de l'eau; personne ne se fiera sans doute à l'efficacité d'une telle méthode de désinfection.

La valeur des divers moyens chimiques que nous venons de passer en revue en partie, n'est pas la même; ceux qui méritent le plus de confiance parmi eux, appartiennent à la classe des caustiques qui altèrent profondément la matière organique, comme par exemple le chlorure de zinc; viennent ensuite les préparations ou substances qui neutralisent ou absorbent les émanations putrides, telles que le sulfate de fer, la chaux vive, le chlorure de chaux, le charbon, etc. Quant au chlorure de chaux cependant il paraît que l'on a exagéré un peu son pouvoir désinfectant, en se basant sur sa propriété d'altérer les couleurs très facilement; or, ceux qui sont dans l'habitude de pratiquer des autopsies cadavériques, ne savent que trop bien que le chlorure de chaux ne parvient à enlever des mains de l'opérateur l'odeur cadavérique que très imparfaitement; il est vrai qu'il la masque d'abord, mais quand le chlore s'est évaporé elle perce de nouveau très sensiblement. Quant *aux fumigations* de quelque nature qu'elles soient, leur valeur est sans doute la plus contestable; car d'un côté il est très difficile de faire pénétrer partout les émanations gazeuses, de l'autre l'efficacité de celles-ci n'est rien moins que prouvée.

En général le but principal de la désinfection appliquée au choléra doit être beaucoup moins de purifier l'air contaminé d'un foyer, que de prévenir cette contamination en agissant avec énergie contre les receptacles du germe cholérique; il est très probable, comme nous l'avons fait observer déjà, que ce but ne dépasse pas nos moyens, mais ce n'est guère par l'application d'un moyen plutôt que d'un autre que nous y arrivons, mais bien par la combinaison intelligente de plusieurs des moyens passés en revue, en d'autres termes, par une méthode de désinfection. Aussi allons-nous nous occuper maintenant des méthodes de désinfection dans leur application pratique.

5° Application pratique des moyens de désinfection.

La désinfection des déjections cholériques. Il paraît aujourd'hui bien démontré, comme le Rapport général l'a constaté, que ce sont les déjections cholériques, peut-être aussi les matières vomies, qui fournissent, seules probablement, le germe cholérique ; on admet en outre comme très probable,que ce ne sont pas les déjections récentes qui dégagent le germe et que le danger ne commence que du moment où un certain degré de décomposition et d'évaporation s'y établit. Il en résulte qu'il sera de la plus haute importance de prévenir à temps la décomposition putride et l'évaporation des déjections et des matières vomies, ce qui peut être obtenu si *nous soumettons ces déjections à l'action de certains moyens chimiques au moment même où elles sont rendues;* aussi les vases destinés à recevoir les déjections doivent-ils déjà contenir la préparation chimique et il suffira alors d'agiter le tout avec une baguette pour qu'aucune partie n'échappe à l'action du désinfectant.La meilleure préparation applicable dans ce cas nous paraît être une forte solution de chlorure de zinc dont le Dr. Budd s'est servi avec un constant succès ; à défaut de cette préparation on se servira d'une solution de sulfate de fer (une partie sur huit parties d'eau), dont l'usage est plus général ; M. Pettenkofer se sert de ce moyen. Le Dr. Squibb en Amérique recommande de mettre dans les vases destinés à recevoir les déjections, du sel et du bioxide de manganèse sur lesquels on verserait de l'acide sulfurique dilué ; il espère obtenir ainsi en même temps la désinfection de l'atmosphère par le dégagement du chlore, et la désinfection des déjections moyennant le résidu du chlore, le sulfate de protoxide de manganèse et le sulfate de soude qui se forment et enfin par l'acide sulfurique en excès ; 200 gr. de ces sels et une demi-once d'acide sulfurique dilué suffiraient pour désinfecter une déjection(1).Nous ne pensons pas que cette méthode vaille les deux autres précitées, et il est évident que le dégagement actif du chlore peut la rendre tout à fait inadmissible, surtout si la fréquence des selles ou la quantité des malades obligent d'y recourir très souvent. Un moyen simple et efficace pour désinfecter les déjections cholériques est de les couvrir *immédiatement après être rendues* avec de la chaux vive, mais elle doit être suffisammeet abondante pour que les parties liquides en soient entièrement absorbées. Nous avons dans l'acide phénique ou le *coaltar* un autre moyen considéré comme très efficace.Il est inutile de dire que, si nous avons la choix entre plusieurs préparations, il faut pourtant n'employer jamais qu'une seule, si non il se produirait des combinaisons chimiques qui neutraliseraient le résultat déjà obtenu. et que les déjections désinfectées d'une façon ou de l'autre ne doivent pas être versées dans des lieux d'aisance qui ne sont pas au préalable complétement désinfectés, car autrement l'action du désinfectant portant sur une plus grande quantité de matières excrémentielles faiblirait de toute nécessité. Observons encore en passant que le mieux sera toujours d'enfouir les déjections cholériques désinfectées, dans des lieux isolés et avec les précautions nécessaires pour éviter la contamination des eaux.

La désinfection des *lieux d'aisance et des égouts* a lieu d'après les mêmes principes, mais l'efficacité en variera selon le système d'égouts en usage, car il n'y a en réalité que le système des fosses mobiles qui permette une désinfection complète ; dans ce cas les fosses

---

(1) The medical Record, New-York, mai, 1866.

encore vides doivent déjà contenir la préparation à laquelle on aura donné la préférence, par exemple, la solution du chlorure de zinc, du sulfate de fer ou le *coaltar* et on versera la même préparation dans les lieux d'aisance aussi souvent que les circonstances l'exigent ; si l'on veut verser dans les lieux d'aisance des déjections déjà désinfectées, il faut avoir encore soin de se servir toujours de la même préparation désinfectante. Quant au système des fosses d'aisance non mobiles, on se servira de ces mêmes désinfectants qui seront versés dans les lieux d'aisance aussi souvent que possible; mais dans ce cas on ne sera jamais sûr que toutes les matières excrémentielles y présentes aient subi l'altération chimique voulue, et par conséquent il faut tâcher en outre de prévenir le dégagement des émanations putrides qui continuent à se former, par une autre voie, par une mesure supplémentaire, c'est-à-dire en faisant jeter dans les lieux d'aisance du poussier de charbon en abondance. Mais si enfin les lieux d'aisance aboutissent dans un système de canalisation, alors la même méthode de désinfection n'aura plus la même efficacité, car il serait de toute impossibilité d'agir par des préparations chimiques sur une quantité si énorme de matières excrémentielles contenues dans des canaux qui ont une foule de communications entre eux ; ici le meilleur moyen serait de faire décomposer et absorber les émanations qui se dégagent, par de grandes quantités de poussier de charbon et de chaux vive jetées très fréquemment dans les lieux d'aisance. C'est ici encore que le *coaltar* trouverait peut-être une application utile.

On a pratiqué la désinfection des lieux d'aisance et des égouts non seulement quand le choléra régnait déjà dans une localité, mais encore avant qu'il n'y eût fait son apparition, comme mesure prophylactique, et il y a déjà quelques faits qui militent fortement en faveur de ce mode d'agir. On commencera donc la désinfection des lieux d'aisance et des égouts d'une localité aussitôt qu'elle sera ménacée d'une invasion cholérique, et on la continuera ensuite après la manifestation du choléra; seulement il serait oiseux de s'attendre à un résultat favorable, si la désinfection n'était pas pratiquée sur une très large échelle, en un mot elle doit être générale. Pour cette raison il serait très important que les autorités instruisent la population sur l'utilité et l'application pratique des mesures de désinfection et qu'elles fournissent *gratis* à la classe indigente les agents nécesaires.

La désinfection *de l'eau potable* est d'autant plus nécessaire pendant une épidémie cholérique ou quand une invasion ménace, que cette eau n'est pas de première qualité ; le meilleur moyen de désinfection est la filtration par les appareils de charbon végétal. On recommande aussi comme un excellent désinfectant de l'eau une solution de permanganate de potasse, dont il suffit d'ajouter seulement quelques gouttes pour en obtenir une désinfection complète. Enfin on désinfecte encore l'eau par la simple ébullition, mais ce moyen ne nous paraît pas toujous suffisant.

Désinfection des habitations. Selon que l'on voudra appliquer la désinfection soit comme simple mesure prophylactique, soit pour détruire un foyer cholérique déjà existant, on aura recours à des mesures plus ou moins étendues, plus ou moins sévères. Dans le premier cas les mesures d'aération ordinaires, une désinfection suivie des lieux d'aisance et, comme simple adjuvant, le chlorure de chaux contenu dans de petits vases en terre plats et exposé

dans les appartements, suffiront pour y entretenir la salubrité de l'air ; mais s'il s'agit d'une habitation contaminée par le choléra, tout en recourant au même ordre de moyens, nous tâcherons d'en augmenter l'efficacité par une application plus radicale ; ainsi, afin que l'aération soit plus complète, on ne se bornera pas seulement à tenir ouvertes les fenêtres et les portes pendant plusieurs jours de suite et presque continuellement, mais on tâchera encore d'établir des courants en élevant la température de l'intérieur moyennant des poêles allumés ou de brasiers de charbon placés dans les pièces ; la désinfection des lieux d'aisance doit se faire avec plus de persévérance encore ; on aspergera et on lavera ensuite tout l'intérieur de la maison, les murs, les plafonds et les planchers avec une solution de chlorure de chaux ou d'acide phénique ; après cela, on fera des fumigations soit selon la prescription de Guyton, soit plus simplement par la combustion du soufre, en ayant soin de faire pénétrer les vapeurs partout, ce qui s'obtient le plus facilement si l'on fait faire cette opération dans les caves ou du moins aux étages inférieurs en tenant portes et fénêtres fermées. Après avoir appliqué ces moyens alternativement et pendant plusieurs jours de suite, on complétera enfin la désinfection en faisant badigeonner les murs avec de la chaux et en faisant laver les plafonds et les planchers à grande eau. Nous pensons qu'en moyenne il ne faudra pas moins de huit jours pour une désinfection complète d'une habitation contaminée par le choléra, car il ne faut jamais oublier qu'il nous manque toute certitude relativement à l'action directe de nos moyens vis-à-vis du germe cholérique et que le principal rôle sera toujours échu à *l'aération prolongée.* Il va sans dire que de vastes bâtiments, par exemple des casernes, sont plus difficiles à désinfecter que les habitations particulières et qu'il faut chaque fois adopter les mesures aux particularités du cas.

Désinfection des effets, des hardes et des marchandises. La propagation du choléra par des effets à usage contaminés étant un fait constaté par l'observation, la désinfection de ces effets, réclame des soins tout particuliers. *Les linges et la literie contaminés* ne doivent point être délivrés aux buandiers et aux blanchisseuses avant d'avoir subi une opération de désinfection ; dans ce but il convient de les faire plonger immédiatement dans de l'eau chargée de chlorure de chaux, ou de hypochloride de soude qui est sensé de ne pas détériorer le linge au même degré, et de les y laisser pendant 24 heures au moins, après quoi on les livrera à la lessive pour laquelle on se servira, comme à l'ordinaire, du carbonate de potasse et du savon, et on les sèchera au grand air en les laissant exposés au delà du temps strictement nécessaire pour leur complète dessiccation; pour être plus sûr, on peut compléter ce procédé par l'ébullition. L'expérience faite l'an passé dans l'hôpital de la Marine Impériale à Constantinople paraît militer en faveur de cette méthode ; dès les premiers jours de l'importation du choléra dans cet hôpital, un buandier en fut atteint et mourut ; on eut alors recours à l'usage du chlorure de chaux de la manière indiquée et dès ce moment aucun des buandiers ne fut plus atteint par la maladie. M.W. Budd se sert dans le même but d'une solution de chlorure de zinc. Mais, tous les effets à usage contaminés indistinctement ne sont pas accessibles aux moyens chimiques indiqués ; les uns en sont fortement altérés, les autres sont par trop volumineux ou par trop épais pour qu'ils puissent être soumis à ce procédé ; dans ce cas, la destruction par le feu est le meilleur moyen, et on doit y recourir toutes les fois que

les circonstances le permettent ; les paillasses, les matelas, les couvertures, les habits de drap appartiennent à cette catégorie; mais si les circonstances n'en permettent pas la destruction, il faut les soumettre au moins à l'action d'une chaleur très élevée ; nous avons déjà observé que le Dr Henry de Manchester croit avoir prouvé qu'une chaleur qui serait au-dessus de 200° F. (250° p. ex.) suffit pour détruire les germes morbifiques ; or, on pourrait faire instituer pour cette opération des chambres bien fermées ou des fours chauffés par de l'air chaud conduit à travers des tuyaux ; après avoir soumis ces effets pendant 24 heures à un degré de chaleur tel que nous venons de l'énoncer, on les exposerait encore pendant quelques jours au grand air. En général les moyens de désinfection à employer dans tous ces cas dépendront en grande partie des conditions que présenteront les effets à désinfecter ; ainsi, des effets qui ont servi à des cholériques, du linge non lavé, des habits sales, réclameront l'application des moyens les plus rigoureux, et surtout la destruction par le feu toutes les fois que les circonstances le permettent ; tandis que pour les effets qui se présentent sous les conditions opposées, il suffira souvent de les exposer au grand air pendant une série de jours. Quant aux hardes, elles appartiennent naturellement à la première catégorie, il faudra donc les soumettre comme le linge des cholériques, à l'action du chlorure de chaux ou du chlorure de zinc et, pour être encore plus sûr du résultat, on répètera cette opération pendant 2 ou 3 jours, après quoi on les exposera à l'air. Mais, comme nous avons déjà observé, ces opérations ne peuvent pas être appliquées à toutes les hardes indistinctement, et c'est alors surtout qu'il sera nécessaire d'avoir recours à des fumigations d'acide sulfureux etc.

Le Rapport général a établi qu'aucun fait de propagation du choléra par des marchandises n'a été constaté jusqu'ici, sans nier la possibilité du fait ; en effet la contamination des marchandises, comme objets neufs qui n'ont pas servi, n'est pas très probable, et l'aération prolongée pendant quelques jours suffira alors dans les cas ordinaires pour écarter tout danger ; dans certains cas cependant on pourrait lui venir en aide par la calorification en les exposant à une température au-dessus de 200°F ; dans d'autres cas, si la probabilité de la contamination est plus grande et si cela peut se faire sans danger de détérioration, on ajoutera à ces moyens, des fumigations par l'acide sulfureux faites dans un espace hermétiquement fermé, ou bien on les plongera dans des solutions de chlorure de chaux ou de chlorure de zinc.

La désinfection des navires. Les mesures de désinfection à prendre pour prévenir la contamination des navires, sont assez simples ; une extrême propreté, une bonne aération entretenue par les écoutilles, les panneaux et les manches, jointes à la propreté rigoureuse de la sentine sont alors tout ce qu'il faut ; les eaux de cale doivent être vidées tous les jours, mais seulement après leur désinfection préalable par une solution de sulfate de fer, ou par tout autre désinfectant qui lui est égale en efficacité, sans attaquer le navire ; un composé d'une partie d'acide phénique sur 9 parties de vinaigre avec un peu de camphre a été prôné comme un désinfectant utile des cabines. Mais ce n'est plus la même chose quand il s'agit de désinfecter un navire contaminé par le choléra ; dans ce cas la désinfection devient souvent une opération excessivement difficile, quand surtout il s'agit des navires marchands

ordinaires, qui se trouvent le plus souvent dans les conditions hygiéniques des plus mauvaises. M. Mélier dans sa relation de la fièvre jaune survenue à St. Nazaire en 1861 a fait voir combien il est difficile de désinfecter complétement un navire dans de telles conditions, et à quelles opérations laborieuses il faut recourir pour atteindre ce but; or, nous pensons que les mesures de désinfection des navires contaminés par le choléra doivent se baser sur les mêmes principes qui ont guidé la désinfection des navires contaminés par la fièvre jaune ; néanmoins il ne faut pas perdre de vue une différence essentielle qui existe entre la contamination par la fièvre jaune d'un côté, et la contamination par le choléra de l'autre, différence qui nous fait espérer de pouvoir arriver, dans notre cas, plus facilement à une désinfection complète ; il est donc prouvé par des faits nombreux que la fièvre jaune adhère avec une tenacité remarquable aux navires, et plus spécialement à la cale, et que, malgré une santé parfaite de l'équipage, le navire peut renfermer le germe morbifique et le retenir malgré les mesures prises pour le détruire ; or, par rapport au choléra il n'existe pas des faits analogues ; on a bien vu des cas où des épidémies cholériques ont fait de grands ravages à bord de navires encombrés, mais au bout de quelques semaines, au plus tard, toutes ces épidémies se sont éteintes pour ne plus y apparaître ; ces faits rentrent dans la règle générale, car nous avons vu que le germe cholérique est d'une vitalité limitée et qu'il se volatilise facilement. Cependant il ne résulte pas de là, que dans des conditions particulières de malpropreté, de manque d'aération, etc., un navire contaminé ne puisse pas retenir le germe cholérique pendant un espace de temps plus long, et devenir dangereux à des personnes qui ne jouissent pas d'une immunité acquise par le séjour dans un foyer cholérique. Nous voulons donc dire que, quoique la désinfection des navires contaminés par le choléra se pré sente sous des conditions plus favorables, elle doit être pratiquée néanmoins avec le plus grand soin. Ces mesures de désinfection seront plus ou moins rigoureuses, 1° selon le degré d'intensité du foyer qui s'est manifesté à bord ; 2° selon l'espace du temps écoulé depuis le départ du navire d'un port infecté, et 3° selon le degré de salubrité du bord. Mais comme ces questions appartiennent plus spécialement à la commission chargée de l'étude des mesures quarantenaires, nous nous bornerons ici à quelques observations générales, pour passer immédiatement aux opérations de désinfection nécessaires dans les cas qui se présentent dans les conditions les moins favorables.

Dans les conditions les plus favorables, s'il s'agit par exemple d'un paquebot des compagnies de navigation, qui pendant la traversée n'a pas eu des cas de choléra à bord, surtout si cette traversée a été de plus de 10 jours, les mesures déjà énumérées de désinfection préventive seront parfaitement suffisantes. Mais si des cas de choléra ont eu lieu à bord pendant la traversée d'un navire qui présente du reste des conditions de salubrité favorables, des lavages de toutes les parties du navire, et surtout de la cale avec une solution de chlorure de chaux ou d'acide phénique, que l'on ferait agir sur les endroits difficilement accessibles par des pompes, et le badigeonnage à la chaux et au besoin la peinture à neuf complèteront ces mesures de désinfection. Il va sans dire que la cabine ou la partie du navire où les accidents cholériques ont eu lieu, réclame sous ce rapport une attention tout particulière et que les linges, la literie et tous les effets des malades doivent être traités

conformément aux règles posées ailleurs. Venons maintenant au cas le plus difficile. Supposons un navire à voile, chargé de marchandises, et se trouvant dans des conditions d'insalubrité telles qu'ils existent à différents degrés à bord de tous les navires de cette catégorie ; qu'en outre le choléra ait régné à bord ou qu'il y règne encore. Les mesures de désinfection dans ce cas doivent commencer par le déchargement du navire, opéré avec toutes les précautions nécessaires pour empêcher la contamination des personnes employées au déchargement ; on appelle cette opération le *déchargement sanitaire.* La première question qui se présente ici est celle-ci : le déchargement ne doit-il pas être opéré par l'équipage lui-même en dehors du concours de personnes vierges de contamination ? Nous y répondrons affirmativement si le choléra ne règne plus à bord, pourvu naturellement que le nombre des hommes d'équipage ne soit pas absolument insuffisant ; dans ces conditions le mieux sera de faire procéder au déchargement sanitaire par l'équipage lui-même sous la direction de personnes compétentes ; mais si le choléra règne encore à bord ou si l'équipage ne peut pas suffire à cette opération, il ne faut pas hésiter de débarquer avant tout les hommes d'équipage pour les soumettre eux-mêmes aux mesures de désinfection et autres exigées par les circonstances. Le déchargement et la désinfection doivent être faites dans des endroits qui sont en dehors des communications, le navire étant ancré d'abord aussi loin que possible du littoral ; après avoir versé dans la cale une solution de sulfate de fer ou d'acide phénique, on procède à une aération aussi complète que possible en ouvrant les écoutilles et les pannaux et en établissant les manches ou les tubes ventilateurs, et au déplacement partiel de la partie accessible du chargement ; ensuite on arrose le pont, les parois, en un mot tous les endroits accessibles du navire, ainsi que les marchandises si leur nature le permet, avec une solution concentrée de chlorure de chaux, en se servant d'arrosoirs ou de pompes afin d'arriver plus facilement à tous les recoins. On attendra alors un ou deux jours afin que l'effet de l'aération soit mieux assuré, après quoi on débarquera la première couche de marchandises et on déplacera la couche suivante ; on arrosera de nouveau les endroits devenus maintenant accessibles comme précédemment et ainsi de suite, jusqu'au déchargement complet du navire ; comme règle générale, le déchargement doit se faire plutôt d'une façon lente et par intervalles afin de diminuer le danger des émanations insalubres pour les hommes chargés de cette opération, à moins qu'il n'y ait d'autres causes impérieuses qui exigent le contraire; ceux-ci doivent s'entourer des soins hygiéniques les plus minutieux ; ils seront bien nourris, des intervalles de repos et de recréation leur seront accordés, ils ne passeront jamais les nuits à bord, ils changeront d'habits toutes les fois qu'ils quitteront le navire après les heures du travail, en un mot, il ne seront exposés au foyer que le temps strictement nécessaire pour le travail ; on a aussi recommandé dans ces circonstances l'usage de *respirators* de charbon végétal. Le déchargement une fois complété, on entreprendra avant tout la sentine ; on y versera d'abord en abondance soit de l'eau simple, soit additionnée d'acide phénique ou de chlorure de chaux; les mouvements imprimés au navire par les vents et par la mer ayant contribué à dissoudre en partie la boue de la cale, on fera agir les pompes ; on versera de nouveau le même limpide, on videra, et ainsi de suite jusqu'à ce

que l'eau rendue par les pompes devienne limpide. On examinera maintenant l'état des parois du navire ; on ouvrira les paracloses et si les mailles sont remplies de matières organiques en putréfaction, il faudra les vider après y avoir injecté du chlorure de chaux ou de l'acide phénique ; c'est une opération des plus difficiles qui doit être confiée à un constructeur naval et qui nécessitera le plus souvent l'enlèvement partiel du vaigrage. Enfin on achèvera la désinfection par des fumigations d'acide sulfureux, par le grattage, le lavage à grande eau ou avec les mélanges sus-mentionnés et par le badigeonnage. Au lieu du grattage on a recommandé dans ce dernier temps le *flambage* au gaz ; moyennant un appareil *ad hoc* on fait agir une flamme de gaz successivement sur toutes les parties de l'intérieur du navire jusqu'à l'obtention d'un léger degré de carbonisation ; c'est sans doute un moyen de désinfection très efficace. La peinture à l'huile de l'intérieur du navire peut aussi être employée comme un complément utile de la désinfection. Il va sans dire que tous les objets que l'on rencontrera dans les recoins du navire pendant ces opérations, seront, selon les circonstances, ou détruits ou désinfectés à leur tour. Dans le cas le plus extrême, où l'infection est telle qu'il devient douteux si ces mesures aboutiront, il se présentera la question de la destruction par le feu ou de la submersion du navire ; pour désinfecter l'*Anne Marie*, devenue un foyer de fièvre jaune, M. Mélier a fait précéder la désinfection de la cale de la submersion, pratiquée dans des conditions telles qu'elles ont permis de relever le navire plus tard sans danger; sur une hauteur bien calculée des flancs, hauteur à désigner par un constructeur naval, on pratique des ouvertures après avoir fait échouer le navire près du littoral; à la haute marée l'eau entre par ces ouvertures et lave toute la cale et elle s'en retire de nouveau en partie à la basse marée ; or comme la marée a lieu deux fois par jour, ce lavage se fera deux fois par jour et on y laissera le navire exposé pendant plusieurs jours, après quoi on fait fermer ces ouvertures au moment de la basse marée et le navire se relèvera facilement à l'entrée de la haute marée ; on videra l'eau par les pompes et on procèdera à la désinfection selon les règles posées. On a donné à cette opération le nom de *sabordement*; il est évident que le sabordement ne peut trouver une application que là où la marée a lieu de cette façon ; or ce n'est pas le cas partout, et la mesure n'est pas applicable par exemple dans la méditerranée. Hâtons-nous d'ajouter cependant que pour les raisons déjà indiquées, on sera rarement dans le cas d'avoir recours à des mesures aussi rigoureuses vis-à-vis des navires contaminés par le choléra; la submersion a du reste toujours de graves inconvénients pour le navire dans quelles conditions qu'on la pratique, en y causant un degré d'humidité auquel il est très difficile de remédier.

Après avoir étudié maintenant la désinfection dans tous les détails de son application, il nous reste encore à dire deux mots relativement à la question, s'il est possible d'éteindre par ce moyen les premiers foyers d'importation ; or certains faits nous font croire que cette possibilité existe, pourvu que ces foyers soient encore très peu nombreux et que l'isolement complet des foyers vienne à l'aide des mesures de désinfection. Quant à celles-ci pour être méthodiques elles doivent commencer autant que possibles par la source d'émission du principe cholérique, c'est-à-dire par les déjections, les linges etc.

du cholérique ; viendra ensuite la chambre qu'il a occupée avec tout ce qu'elle renferme et enfin toute la maison.

6. Conclusions. Voilà maintenant les conclusions que nous formulons comme corollaire des considérations précédentes ;

La désinfection appliquée au choléra d'après une méthode rationnelle et avec persévérance, s'offre comme un puissant auxiliaire : 1° *pour diminuer la receptivité d'une localité menacée par le choléra.* 2° *pour détruire le germe de la maladie et* 3° *pour limiter dans certaines circonstances favorables l'extension de l'épidémie.*

N° 25.

SÉANCE DU 16 AOUT 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 16 août, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa vingt-cinquième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. B., délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M. Kalergi, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur LENZ, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna;

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S.M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation;

M. le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. EXC. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinple ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

La séance est ouverte à midi :

M. le Dr Naranzi, l'un des secrétaires, donne lecture du procès-verbal de la 24e séance.

M. le Dr Mühlig prend la parole, après l'adoption de ce procès-verbal, pour rectifier une erreur existant dans le procès-verbal N° 16 dont la distribution vient d'être faite; à la page 16 de ce procès-verbal (11e alinéa), il est dit : « M. le Dr Mühlig se demande si les Persans ne tiennent pas à éli- » miner la Perse de la catégorie des pays suspects pour la seule raison qu'ils » voudraient soustraire leurs frontières à l'établissement de mesures sanitai- » res.» La discussion portant à ce moment sur la question de l'endémicité au Hedjaz, M. le Dr Mühlig fait remarquer que cette phrase se trouve n'avoir aucune signification. M. le Dr Mühlig s'était en effet exprimé dans ce sens, mais c'était à la 15e séance ainsi qu'on peut s'en assurer en se reportant au procès-verbal, et alors que l'on discutait la question de l'endémicité en Perse ; c'est donc par erreur que ces paroles se trouvent de nouveau rapportées dans le 16e procès-verbal.

L'ordre du jour portant la continuation de la discussion du Rapport de

la 1re Commission du 3me groupe, il est donné lecture du chapitre II de ce Rapport.

M. le Dr Fauvel trouve que la Commission qui dit d'ailleurs d'excellentes choses sur l'hygiène navale en général,ne s'est pas suffisamment préoccupée de ce qui, à son avis, aurait dû être l'objet principal de ses recherches, à savoir de l'étude des mesures hygiéniques spéciales au choléra en raison des caractères particuliers qui distinguent cette maladie. Suffit-il, par exemple, au moment du départ d'un navire, de s'en tenir à ces préceptes généraux de l'hygiène que tout le monde connaît et qui sont applicables à toutes les maladies indistinctement ; ne faudrait-il pas, puisque le choléra s'annonce par des phénomènes précurseurs, soumettre les passagers et les hommes de l'équipage à une visite médicale rigoureuse et défendre l'embarquement des individus atteints de diarrhée ? les navires affectés à des transports de troupes, d'émigrants, ne devraient-ils pas être l'objet de précautions particulières ; les réglements fixent en raison du tonnage le nombre des individus qu'un navire peut transporter, ce nombre ne devrait-il pas être réduit en temps de choléra ? On sait que les hardes et les vêtements sont de redoutables agents de transmission, on a vu les objets emportés par des émigrants donner le choléra après quinge jours de traversée, n'y a-t il pas là encore des précautions à prendre, ne devrait-on pas exiger que ces hardes et ces vêtements soient soumis au lavage avant l'embarquement ; n'y aurait-il pas aussi des soins particuliers à donner à l'établissement des lieux d'aisance ; n'y a-t-il pas enfin la question si importante des vivres, celle des marchandises, comme les chiffons, les drilles, les débris d'animaux etc.,dont le commerce devrait être interdit en temps de choléra.

M. le Dr Fauvel, sans vouloir pousser plus loin cette énumération, exprime en terminant le regret que la Commission qui conseille la publication d'un manuel d'hygiène navale à l'usage de la marine marchande de chaque pays, n'ait pas cru devoir faire elle-même ce manuel en y résumant sous une forme populaire et à la portée de tous, les principales mesures hygiéniques à prendre à bord des navires spécialement en vue du choléra.

M. le Dr Monlau répond que c'est à tort que M. le Dr Fauvel reproche à la Commission de s'être tenue dans les généralités : il n'y a pas, à proprement parler, d'hygiène navale particulière au choléra ; que toutes les indications générales que contient le rapport soient bien exécutées et on aura

fait, pour empêcher la transmission du choléra par les navires, tout ce qu'il est possible de faire. Il est, d'ailleurs, inexact que la Commission ait commis les omissions que signale M. le Dr Fauvel. Le Rapport ne dit-il pas qu'il faut constater l'état des passagers et des hommes de l'équipage avant le départ ; ne signale-t-il pas aussi les dangers de l'encombrement, ne parle-t-il pas de la surveillance à exercer au point de vue de la propreté des hardes et des vêtements et aussi de la bonne qualité des aliments ; ne conseille-t-il pas l'interdiction du transport de certaines marchandises ; tout ce qui a trait à l'installation des lieux d'aisance, en un mot à la désinfection des matières excrémentielles, n'est-il pas enfin traité dans le travail annexe de M. le Dr Mühlig ? Pour ce qui est du manuel, M. le Dr Monlau croit que c'est l'affaire des académies, des facultés de médecine ou des conseils de santé, et nullement celle de la Conférence ; les manuels existent au surplus, tout ce que la Commission voudrait, c'est qu'ils fussent rendus obligatoires.

M. le Dr Mühlig qui s'associe aux observations présentées par M. le Dr Fauvel, fait remarquer que si le rapport ne sort pas assez des généralités, cela tient à ce qu'on s'est peut-être trop astreint, au sein de la Commission, à suivre les prescriptions du programme officiel adopté par la Conférence, programme dont les questions ne présentaient pas toute la précision désirable. M. le Dr Mühlig faisait partie de la Commission et c'est pour cette raison qu'il n'en a signé le Rapport qu'avec réserves ; il fera connaître au fur et à mesure les points sur lesquels portent ces réserves.

M. le Dr Gomez répondant à M. le Dr Fauvel, fait observer que la Conférence doit avant tout s'attacher à extraire des données que possède la science ce qui a besoin d'être sanctionné par rapport aux questions qu'elle a pour mission d'étudier et d'éclaircir ; il est difficile d'émettre des idées nouvelles en fait d'hygiène et la Commission pouvait difficilement, en ce qui concerne l'hygiène navale, éviter de dire autre chose que ce chacun sait. Elle s'est peut-être trop appesantie sur les grandes règles de l'hygiène navale, mais en présence du rôle considérable que jouent les navires au point de vue de la transmission du choléra, cette hygiène n'a-t-elle pas une importance capitale et, d'ailleurs, si les règles en sont connues, ne sont-elles pas aussi bien négligées ? une partie des questions qui, d'après M. Fauvel, auraient dû être traitées par la 1er Commission, par exemple celles qui sont relatives aux marchandises, ne devront-elles pas l'être plus tôt par la Commission qui s'occupera de la police sanitaire

et des mesures quarantenaires? Les autres questions qu'on représente comme omises parce qu'elles ne figurent pas dans le chapitre II, ne sont-elles pas traitées dans d'autres parties du Rapport, n'est-ce pas particulièrement le cas de tout ce qui touche à la désinfection? M. le Dr Gomez s'empresse du reste d'ajouter que si cependant la Conférence pensait qu'il convint de compléter le chapitre de l'hygiène navale dans le sens des indications de M. le Dr Fauvel et en insistant davantage sur l'hygiène propre au choléra, la Commission n'y ferait certainement pas d'opposition.

M. le Dr Fauvel n'a pas voulu dire que la commission dût inventer, mais elle devait, en se basant sur les faits observés par la science et en profitant des enseignements qu'ils contiennent, préciser davantage les règles de l'hygiène navale plus particulièrement applicables au choléra, c'est là le but de la Conférence. Tout ce qui concerne l'hygiène était d'ailleurs du domaine de la 1re Commission, l'étude des mesures quarantenaires étant distincte de celle des mesures hygiéniques.

M. le Dr Bartoletti s'associe à ces observations.

Quelques membres demandant la clôture de cette discussion, M. le Dr Fauvel soumet à la Conférence la proposition que la 1re Commission soit invitée à rédiger le manuel d'hygiène qu'elle conseille.

M. le Dr Gomez répète que ce n'est pas l'affaire de la Conférence. Les prescriptions hygiéniques à suivre ne sont d'ailleurs pas les mêmes dans chaque pays, elles varient suivant les climats, aussi suivant les législations, la rédaction de ce manuel serait recommandée aux divers gouvernements, on en trouverait les bases dans le travail de la Commission.

M. le Dr Mühlig, sur la demande qui lui en est faite par M. le Dr Maccas, explique que la divergence qui s'est produite entre lui et les autres membres de la 1re Commission, portait sur la manière de comprendre le travail: M. le Dr Mühlig croyait qu'on devait traiter la question à un point de vue spécial et il aurait désiré que la Commission tînt plus de compte du contre-projet présenté par un certain nombre de membres de la Conférence pour la classification des questions du 3e groupe. M. le Dr Mühlig pense que sans lui demander de faire un manuel d'hygiène comme le propose M. le Dr Fauvel, on pourrait inviter la Commission à compléter son rapport conformément aux indications qu'on trouve à cet égard dans l'art. 5 de la 1re section du contre-projet.

M. le Président met aux voix le texte du chapitre II qui est adopté à

l'unanimité, la question de savoir s'il doit être ou non complété étant d'ailleurs réservée.

M. le D[r] Fauvel fait remarquer à propos de la conclusion que proposer d'ouvrir des concours et de décerner des prix aux auteurs des découvertes tendant à améliorer les conditions hygièniques à bord des navires, de publier un manuel d'hygiène navale, etc. n'est pas répondre à la question qu'il s'agissait de résoudre et qui est ainsi conçue : « Mesures hygièniques pour empêcher autant que possible l'importation du choléra par la voie de mer (page 5 du Rapport). » Les conseils que donne la Commission sont excellents, mais il n'y a aucun rapport entre la question et la réponse ; de plus ce n'est pas une conclusion. M. le D[r] Fauvel en demande la suppression.

M. le D[r] Monlau répond que s'il n'y a pas de moyens directs connus pour étouffer le choléra dans son berceau, on n'en connaît pas davantage pour s'opposer à son importation; dans l'un et l'autre cas, on n'a d'autre ressource que de recourir aux mesures hygièniques. Celles de ces mesures qui sont applicables aux navires la Commission les a développées dans le chapitre qui vient d'être voté et, dans la conclusion, comme elle n'a pas cru qu'il fût nécessaire de les répéter, elle se borne à recommander les divers moyens qui lui paraissent pouvoir contribuer le plus efficacement à perfectionner et à rendre plus complète la pratique de cette hygiène navale. On ne connaît pas la cause qui produit le scorbut,on est cependant parvenu, en améliorant les conditions hygièniques générales à bord des navires, à faire disparaître presque entièrement cette maladie: pourquoi n'arriverait-on pas de la même manière au même résultat pour le choléra ?

Une conversation s'engage entre MM. le D[r] Maccas, D[r] Goodeve, C[te] de Lallemand, Segovia, D[r] Gomez, D[r] Sotto et Stenersen sur la question de savoir si le vote de la conclusion du chapitre II ne devrait pas être différé, comme le propose le D[r] Salem bey, jusqu'à ce que la Conférence ait décidé s'il y a lieu ou non d'ajouter un article additionnel à ce chapitre. La Conférence se prononce, à la majorité de 19 voix contre 4, pour l'ajournement du vote, et ensuite, à l'unanimité moins une voix, celle de M. le D[r] Monlau, pour la nécessité d'un article additionnel destiné à compléter ledit chapitre. La Commission est laissée libre de rédiger cet article ainsi qu'elle l'entendra.

M. le C[te] de Noidans donne ensuite lecture du chapitre III qui est adopté

à l'unanimité (texte et conclusion), puis du chapitre IV jusqu'à la partie de ce chapitre relative au sol (page 29).

M. le D[r] Fauvel à propos de ce qui est dit (page 26) de l'influence morbifique des gaz répandus par les excréments en décom position et surtout du carbonate et du sulfhydrate d'ammoniaque, fait observer que la Commission avance là un fait qui n'est pas suffisamment demontré· D'après l'opinion de M. Fauvel, ce n'est point à ces gaz en tant qu'agents chimiques, mais aux principes probablement organiques qui se dégagent en même temps, que sont dûs les accidents de vomissements et de diarrhée que produisent les exhalaisons excrémentielles. C'est là un point qui a une grande importance, il ne suffirait pas en effet de détruire ces gaz pour enlever aux exhalaisons dont il s'agit l'action délétère qu'elles exercent sur l'homme. Il en est du poison contenu dans lesdites exhalaisons comme de celui que renferment les effluves des marais et qui produit les fièvres palustres, c'est un principe toxique, certainement volatile et vraisemblablement organique, mais dont cependant la science ne connaît pas encore la nature.

M. le D[r] Lenz oppose à M. le D[r] Fauvel les expériences faites par M. Pettenkofer : des chiens ont été placés par M. Pettenkofer sous des cloches remplies de carbonate et de sulfhydrate d'ammoniaque, et c'est à l'action de ces gaz qu'il attribue les résultats obtenus.

M. le D[r] Bykow appuie les observations de M. Fauvel. C'est uniquement parce que le développement et le dégagement des gaz dont il s'agit pendant la fermentation des excréments coïncide avec le dégagement des principes toxiques qui se forment en même temps, qu'ils jouent une rôle dans la production du choléra, de la fièvre typhoïde et de la diarrhée en général.

M. le D[r] Gomez reconnait avec M. le D[r] Fauvel et M. le D[r] Bykow, que dans la décomposition des matières contenues dans les lieux d'aisances et dans les égouts, les produits ammoniacaux ou autres que la chimie y a signalés ne sont pas les seuls agents nuisibles ; il y a bien certainement des émanations organiques que la chimie n'a pas encore pu saisir, et qui doivent être les véritables agents de certaines maladies infectieuses. M. le D[r] Gomez croit cependant que le texte du Rapport peut être maintenu par la raison que si parmi les produits de la fermentation putride des matières des égouts, on a indiqué le carbonate et le sulfydrate d'ammoniaque ainsi que le gaz sulfurique comme des agents particulièrement

nuisibles, on n'a pas dit qu'ils fussent les seuls capables de le devenir; de plus les produits ammoniacaux ne sont pas seulement des poisons par eux-mêmes, ils sont censés avoir aussi une action capable de favoriser le développement des germes morbides qui sont le résultat de la fermentation putride des matières des égouts ou qui se trouvent par hasard mêlés à ces matières. C'est ainsi qu'on suppose que les déjections cholériques à l'état frais contiennent le germe de la maladie, mais dans un état où ce germe est incapable de la transmettre, tandis qu'il n'en est plus de même lorsque la fermentation putride commence et que les produits ammoniacaux se forment; l'expérience paraît démontrer en effet que ces produits exercent une influence particulièrement favorable à l'évolution par laquelle le germe cholérique a besoin de passer pour acquérir le pouvoir de transmettre la maladie.

Ces observations entendues, la 1re partie du chapitre IV jusqu'à la section *du sol* est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

M. le Cte de Noidans lit la suite de ce chapitre jusqu'aux conclusions inclusivement.

M. le Dr Bykow à propos de la désinfection des matières excrémentielles, fait observer que dans le système de Mosselmann, la désinfection s'applique aussi bien aux excréments solides qu'aux excréments liquides, avec cette différence que dans le premier cas on fait usage de la chaux vive et, dans le second, de la chaux éteinte déjà par l'urine. Les excréments désinfectés par la chaux ne peuvent plus du reste être employés pour fertiliser les sols calcaires, c'est un des inconvénients de ce système ; c'est pour cette raison qu'il a été rejeté dans certaines localités où la chaux abonde dans le sol.

M. le Dr Lenz répond à M. le Dr Bykow que son observation est juste, mais que la désinfection des excréments solides par le système Mosselmann ne s'effectue pas dans les fosses mêmes, mais seulement après leur enlèvement dans les fabriques de poudrette.

M. le Dr Bykow maintient son observation : c'est dans les fosses mêmes qu'on opère la désinfection des matières excrémentielles solides.

M. le Dr Fauvel n'admet pas l'assimilation que la Commission établit

(page 32, dernier alinéa), quant à l'infection cholérique, entre les déjections des hommes et celles des bestiaux. Les déjections des bestiaux sont évidemment insalubres, mais on ne peut dire qu'elles soient dangereuses et surtout au point de vue du choléra.

M le Dr Fauvel demande, en outre, que l'interdiction du transport des cadavres de cholériques dans un lieu indemne que conseille la Commission (page 34) soit rendue moins absolue. C'est un cas qui se présente fréquemment dans la pratique; or, M. Fauvel ne croit pas que ce transport puisse présenter d'inconvénients après, bien entendu, que toutes les précautions nécessaires ont été prises, embaumement des cadavres, cercueils métalliques, etc.

M. le Dr Goodeve partage quant au transport des cadavres la manière de voir de M. le Dr Fauvel.

M. le Dr Lenz répondant à M. le Dr Fauvel, explique que la Commission n'entend pas assimiler les déjections humaines à celles des bestiaux; il faut éviter que le sol s'imprègne de ces dernières, voilà ce que le Rapport se borne à conseiller. Pour ce qui est du transport des cadavres, si la Commission en recommande l'interdiction, ce n'est pas qu'elle le juge absolument dangereux lorsque toutes les précautions ont été prises ; les exceptions ne manqueront pas de se produire dans la pratique, il n'était pas nécessaire de les prévoir.

M. le Dr Monlau croit quant à lui que ce transport devrait être complétement interdit en temps d'épidémie.

La proposition de M. le Dr Fauvel d'autoriser sous certaines conditions le transport des cadavres de cholériques, est votée à la majorité de 13 voix contre 3.

La Conférence adopte ensuite à l'unanimité le texte ainsi modifié de la section du chapitre IX relative *au sol.*

M. le Dr Bartoletti croit qu'il y aurait lieu de modifier le 1re paragraphe de la conclusion, à savoir que « l'assainissement des villes est un moyen préventif efficace pour s'opposer à la réception du choléra et en limiter les ravages. » Le mesures d'assainissement si complètes quelles soient ne sauraient empêcher l'importation du choléra, et l'emploi du mot *efficace* rend cette conclusion trop positive.

A la suite d'une conversation qui s'engage à ce sujet entre M. le Cte de Lallemant et M. le Dr Fauvel qui appuient l'observation de M. le Dr Bartoletti d'une part, et MM. les Drs Monlau, Goodeve et Sotto qui défendent la rédaction de la Commission de l'autre, la Conférence décide que la conclusion sera modifiée ainsi qu'il suit : l'assainissement *des villes* est un moyen préventif *de premier ordre* pour etc.

La conclusion ainsi modifiée est adoptée à l'unanimité.

La séance est levée à 4 h. 1/2.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Bon de Collongue — Dr Naranzi.

N° 26.

SÉANCE DU 18 AOUT 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 18 août, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa vingt-sixième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria SEGOVIA, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur MONLAU, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

S. G. Mgr. BRUNONI, archevêque de Taron, vicaire-apostolique à Constantinople ;

M. le Docteur IGNACE SPADARO ;

Pour la France :

M. le comte de LALLEMAND, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur GOODEVE, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. DICKSON, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M KALERGI, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. MACCAS, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ;

Pour l'Italie :

M. A. VERNONI, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur FRÉDÉRIC BOSI ;

M. le Docteur G. SALVATORI, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

MIRZA-MALKOM-KHAN, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur SAWAS EFENDI, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio GOMEZ, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le Bon TESTA, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur LENZ, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. EXC. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

S. Exc. le Président donne la parole à M. le Cte de Noidans pour poursuivre la lecture du rapport sur les mesures d'hygiène contre le choléra.

A la dernière séance la discussion s'est arrêtée à page 34.

M. de Noidans donne lecture de l'appendice du quatrième chapitre.

M. Mühlig fait à propos du texte de cet appendice les remarques suivantes : remarques, dit-il, qu'il s'était proposé de soumettre à la Conférence, et pour cette raison il avait le Rapport de la Commission dont il faisait partie sous réserve.

Il n'est pas, dit-il, tout à fait de l'avis de la Commission relativement à la question, s'il y a des mesures d'hygiène privée ou publique, des mesures d'assainissement applicables sur une échelle assez vaste pour qu'elles puissent détruire ou diminuer, à un degré sensible, la prédisposition à l'infection cholérique. M. Mühlig pense que la Commission en répondant à cette question par l'affirmative a été trop absolue dans ses apprécia-

tions, et qu'elle n'a pas tenu suffisamment compte des difficultés insurmontables qui se présentent en pratique.

M. Mühlig expose comme il suit sa manière de voir relativement à cette question. Chacun sait, dit-il, que le choléra est la maladie, par excellence, des classes indigentes qui sont obligées de vivre dans des conditions hygièniques défavorables, et qui diminuent, en général, la résistance vitale : or, quels que soient les efforts des gouvernements pour soulager la misère et pour améliorer la condition des classes ouvrières, il ne sera jamais possible de leur offrir les avantages hygièniques dont jouissent exclusivement les classes aisées. En effet, dit M. Mühlig, il ne suffira pas d'élargir les rues, de surveiller les constructions les égouts etc., plus que tout cela, il leur faudrait des habitations bien aérées et bien entretenues, une nourriture animale analeptique, une propreté rigoureuse, en un mot toutes les conditions de la vie aisée. Tout cela serait absolument nécessaire pour les doter de cette résistance vitale dont l'absence constitue la prédisposition aux attaques cholériques. Les mesures hygièniques, fait observer M. Mühlig, ont sans doute une importance capitale, mais presque exclusivement en faveur des classes aisées, et, elles ne sont pas applicables, sur une échelle assez vaste, pour sauvegarder les masses contre le fléau asiatique.

M. Mühlig opine que l'on ne saurait assez se prémunir contre l'exagération. Comme conclusion, il dit qu'en poursuivant un idéal impossible à atteindre, on détournerait son attention de l'action des mesures d'isolement et des efforts qu'on devrait faire pour les appliquer, aussi près que possible, des foyers cholériques.

M. de Lallemand déclare qu'il appuie M. Mühlig et qu'il adhère pleinement à la manière dont il envisage la question, parce qu'il pense aussi, et, son opinion date de longtemps, que les mesures hygiéniques quelque efficaces qu'elles puissent être, ne pourraient, dans aucune société, recevoir une application aussi large et aussi complète que la science l'exige, pour répandre leur action sur toutes les classes de la société. Leur application restera toujours bornée et les classes indigentes profiteront moins que la classe aisée de leur action bienfaisante.

M. Monlau est d'avis que tant M. Mühlig que M. de Lallemand n'envisagent la question qu'en partant d'un principe exagéré. La question posée par la Commission ne consiste pas à rechercher si en dehors des mesures hygiéniques appliquées en grand, il existe d'autres mesures efficaces. La

Commission elle-même a tenu compte de beaucoup d'autres mesures prophylactiques applicables au choléra, et capables d'amoindrir la prédisposition à cette maladie: Elle s'est bornée à dire que les mesures d'hygiène privée ou publique, capables de détruire ou d'amoindrir la prédisposition à l'infection cholérique, existent. Voilà tout.

M. Mühlig, poursuit M. Monlau, fait à la Commission le reproche d'être trop absolue et trop affirmative dans ses appréciations, mais il oublie qu'il a signé, et M. de Lallemand aussi, le rapport-général, où il est question des mesures hygiéniques capables d'amoindrir la prédisposition à l'infection cholérique. En outre il oublie que les mesures d'isolement et de désinfection, pour lesquelles il a une immense prédilection, entrent dans la catégorie des mesures hygiéniques. Il prétend que les travaux d'assainissement ne profitent qu'à la classe aisée, mais pourrait-il nier que les travaux modernes de canalisation, par exemple, n'aient grandement profité à toutes les classes indistinctement? Non-seulement la Commission, selon M. Monlau, n'a rien exagéré, mais elle est restée au dessous du possible en appréciant le rôle de l'hygiène : ce rôle est beaucoup plus grand qu'elle ne l'a dit, il est immense et l'Angleterre, la Belgique et quelques autres pays en entreprenant des travaux gigantesques d'assainissement, ont fait connaître toute la valeur des moyens qui sont du domaine de l'hygiène. Les travaux qu'on a entrepris sont de nature à changer les bases de la société.

M. Monlau à l'appui de son dire cite quelques faits extraits des rapports concernant la ville de Londres. Dans un quartier de Londres, dit-il, à Lambette-Square, la population était particulièrement atteinte en temps d'épidémie, mais depuis qu'on y a fait de grands travaux d'assainissement, ce quartier est resté à l'abri du choléra, du typhus, des fièvres et autres maladies épidémiques (voir le compte-rendu du mois de mai 1846 dans la statistique du vic. d'Edrington.

Autre fait:

La cité de Londres, assainie maison par maison, et dans laquelle on fit en outre arriver de l'eau de bonne qualité, on intercepta les communications avec les égouts du dehors, la mortalité de sa population baissa au dessous de celle de Hamstead-road, quartier très-salubre mais qui ne reçut pas les mêmes améliorations.

M. Monlau dit en finissant, que par rapport à la peste, la seule prophylaxie a été la civilisation, c'est-à-dire, le bien être général, les grands

progrès accomplis en agriculture, et, dans l'industrie. Les sciences qui ont produit ces heureux résultats sont, comme l'a dit Auber Roche, sous les auspices de l'hygiène publique. Un jour, il ne faut pas en douter, on pourra en dire autant par rapport au choléra.

Dans la lutte, dit M. Goodeve, qu'on soutient entre l'hygiène et les mesures d'isolement et de purification, il se sent disposé à prendre le parti de l'hygiène. Il n'y a pas à douter, pense-t-il, que si l'hygiène est appliquée méthodiquement et sur une grande échelle, toutes les classes de la société en profiteront également. On pourrait même dire que les mesures d'hygiène sont non seulement plus efficaces mais que leur application en grand est souvent plus facile sur les grandes masses. On aurait pu, selon M. Goodeve, diminuer grandement l'effroyable mortalité de Broad-Street en 1854 par le très simple expédient de fermer avant l'épidémie la pompe à laquelle puisait la population.

Plusieurs exemples, continue M. Goodeve, qu'on pourrait extraire de l'histoire des dernières épidémies, démontrent que les mesures hygiéniques sont très-efficaces pour amoindrir et même pour prévenir les épidémies cholériques. Cette bienfaisante influence des mesures hygiéniques par rapport à l'intensité d'une épidémie cholérique est démontrée par la différence qui eut lieu dans la mortalité de deux quartiers de Londres dans l'épidémie antérieure à celle de 1854, et dans celle de cette année pendant laquelle on les a pourvus d'eau. Ce fait, du reste, est cité dans le Rapport-général.

M. Goodeve mentionne aussi un autre exemple. Une ville de l'Angleterre Gateshead, était en temps d'épidémies singulièrement éprouvée. Lors de la dernière épidémie cholérique, ou nettoya très soigneusement la ville, et elle resta tellement indemne que beaucoup d'étrangers s'y réfugièrent.

M. Goodeve rappelle qu'en maintes circonstances ou a fait valoir devant la Conférence l'efficacité et l'importance des mesures hygièniques, point sur lequel tout le monde était d'accord: c'est pourquoi il a de la peine à comprendre la divergence d'opinions existant aujourd'hui sur le même sujet. Il voudrait même qu'on ne s'appesantit pas trop sur une pareille discussion, car elle pourrait exposer la Conférence à une sévère critique de la part des hommes compétents qui n'ont jamais mis en doute l'importance et l'efficacité de l'hygiène.

M. Mühlig exprime son étonnement de voir que plusieurs de ses collè-

gues le croient hostile aux mesures hygiéniques. Il est d'accord avec la Commission sur l'efficacité et la valeur de l'hygiène et il ne diffère qu'en un seul point à savoir qu'il y ait des mesures applicables sur une grande échelle et que ces mesures puissent détruire la prédisposition des classes pauvres à l'infection cholérique. Est-ce que le choléra, se demande M. Mühlig, fait aujourd'hui moins de ravages qu'en 1830 et 1848. A tout prendre, croit-il, la mortalité est la même. Et cependant que de travaux d'assainissement entrepris partout. En 1830, fait-il observer, l'épidémie n'a fait à Constantinople que 3,000 victimes, et l'année dernière de 10 à 12 mille, peut-être même davantage, cependant cette capitale depuis quelque temps se trouve dans des conditions hygièniques meilleures que par le passé. M. Mühlig ne nie pas que les bonnes mesures hygièniques ne puissent amoindrir la prédisposition, mais il les croit d'une application très-difficile. Il croit en outre qu'il y a certaines conditions mystérieuses, insaisissables qui concourent à rendre plus ou moins violente une épidémie, quelle que soit d'ailleurs la condition hygiènique du pays où sévit le fléau.

M. de Lallemand de son côté désire qu'il soit noté, et il tient beaucoup à cela, qu'il n'a jamais eu l'idée d'établir une antithèse entre l'hygiène, dans les mesures prophylactiques qu'elle conseille, et les mesures d'isolement. Il connaît l'importance des premières et les apprécie tout autant que les autres, mais il croit, et c'est là dessus qu'il insiste, que s'il y a une hygiène publique, très efficace et applicable à toutes les classes de la société, il y a aussi une hygiène privée, celle des habitations, par exemple, qui ne pouvant pas être appliquée sur une grande échelle ne pourrait profiter qu'à la classe aisée.

M.Maccas avoue que malgré l'attention qu'il a prêtée aux observations de M. Mühlig, il lui a été impossible de bien saisir le sens de sa proposition. Il préfère dire cela plutôt que de croire que M. Mühlig ait eu sérieusement la pensée de combattre ou d'amoindrir l'efficacité des mesures hygiéniques. Mais s'il a eu de la peine, dit M. Maccas, à approfondir autant qu'il l'aurait désiré les idées de M. Mühlig, il lui a été aisé de s'apercevoir que tant dans son premier discours que lorsqu'il a repris la parole, M.Mühlig a exprimé très-clairement, que les mesures hygiéniques ne peuvent pas être appliquées sur une grande échelle ; et que si on leur donne une trop grande importance, cela aura pour effet *d'affaiblir l'importance* due à l'isolement et à la désinfection.

M. Maccas pense que personne ne conteste l'importance de l'isolement. et si l'isolement, dit-il, pouvait être toujours et partout appliqué, aussi absolument qu'il est nécessaire pour atteindre le but de la prophylaxie, ce serait, sans aucun doute, le plus sûr moyen de nous garantir du fléau. Mais tout le monde connaît les difficultés qu'on rencontre dans son application et il est incontestable que dans quelques pays surtout elles sont si grandes que des hommes d'une grande autorité, bien connus par M. Mühlig, sont allés jusqu'à déclarer que *l'isolement absolu* est de toute impossibilité. Du reste. ajoute M. Maccas, il ne voit pas que dans l'article qu'on discute, la moindre allusion soit faite à une comparaison entre la désinfection, l'isolement et les mesures hygiéniques d'un autre ordre, au contraire, elles sont toutes, en plusieurs endroits, chaudement recommandées par la Commission elle-même. Mais au fond, se demande M. Maccas, pourrait-on contester que tant l'isolement que la désinfection ne soient eux-mêmes des mesures hygiéniques aussi bien que celles d'assainissement proprement dites ? Or, en accordant même pour un instant à M. Mühlig cette distinction, on ne pourrait que combattre son assertion, que les mesures hygiéniques ne peuvent être appliquées sur une échelle assez vaste pour que tous les habitants d'un pays puissent en profiter au même degré. M. Maccas professe une opinion toute contraire et il croit être en cela d'accord avec tous les médecins. Ce sont, à son avis, les bienfaits de l'hygiène publique, bienfaits qui dérivent des mesures d'assainissement exécutées dans un pays ou dans une ville, qui se répandent sur la population entière de cette ville ou de ce pays. Mais les mesures d'hygiène privée, selon M. Mühlig, ne peuvent pas être exécutées par tous les habitants. D'accord, mais si la sollicitude des autorités ne parvient pas à étendre les bienfaits de l'hygiène à toutes les classes de la société indistinctement, aussi efficacement que les riches, par leurs propres moyens, peuvent le faire, est-ce qu'il y a moins de difficultés pour la mise à exécution de la désinfection, comme la science l'entend aujourd'hui dans le sens d'une mesure préventive.

Lorsqu'on traitera, poursuit M. Maccas, de la désinfection, ou aura l'occasion de voir que cette mesure, pour atteindre son but, doit commencer autant que possible avant que l'épidémie ne se soit déclarée, et aussi qu'il faut qu'elle soit générale, journalière et on pourrait même dire de tous les instants, et après toute évacuation tant pendant le jour que dans la nuit,

car une seule évacuation infecte pourrait donner lieu à la multiplication du germe redouté. Il ressort de tout cela, fait observer M. Maccas, qu'il y a d'immenses difficultés tant pour les mesures hygièniques que pour les autres, et qu'on ne saurait exactement apprécier de quel des deux ordres de mesures la négligence pourrait porter le plus grand, et aussi le plus certain dommage à la masse des habitants.

M. Maccas déclare en terminant que bien qu'il soit partisan de l'isolement et de la désinfection, autant que M. Mühlig, il n'est pas moins un des défenseurs de l'opinion émise par la Commission.

M. Sawas avoue ne pas voir dans le rapport de la Commission la moindre allusion qui puisse autoriser à croire qu'elle recommande les mesures hygièniques au détriment de celles d'isolement et de désinfection.

Ceux qui combattent l'opinion de la Commission ont souvent, dit M. Sawas, prononcé les mots, hygiène *publique* et hygiène privée, mais l'idée de l'hygiène privée prédomine tellement que M. Mühlig a affirmé que l'hygiène ne peut rien sur les classes pauvres. Il oublie évidemment qu'il ne s'agit point ici de cette hygiène qui traite des mauvais effets de nos habits sur le jeu de nos organes, mais de l'hygiène en général, concernant les grands centres d'agglomération, de l'hygiène des grands ateliers, des ports, des chantiers, de celle qui traite de la canalisation des eaux, du dessèchement des marais etc., etc. Cette partie de l'hygiène s'occupe, dit M. Sawas, particulièrement de la classe indigente et il est notoire que le prolétariat, dans ces derniers temps, a été partout l'objet des plus louables efforts pour mettre à exécution les préceptes de l'hygiène publique, qui a pour but d'améliorer le sort de toutes les classes, mais surtout des classes pauvres qui ont le plus à en profiter.

M. Sawas aborde aussi la question soulevée par M. de Lallemand, à savoir, que l'hygiène privée n'est pas appelée à s'introduire dans le domicile du pauvre et à améliorer son état, et que par conséquent son rôle n'est pas aussi important que le croit la Commission ; M. Sawas s'inscrit contre une pareille assertion : il croit, au contraire, que le domicile du pauvre forme aujourd'hui dans l'ordre de l'hygiène l'objet des grands soins philantrophiques des gouvernements. En Angleterre, par exemple, que n'a-t-on pas fait dans ce genre? Mais aussi qu'on n'oublie pas, dit M. Sawas, que le pauvre ne vit que très-peu chez lui, presque point de tout. Il passe presque sa vie dans les ateliers, dans les grandes usines, dans les

ports. Or, il est évident que la science qui s'occupe spécialement des milieux où l'indigent passe son existence, doit lui profiter plus qu'à tout autre.

En se résumant M. Sawas dit que non-seulement il croit que la Commission n'a pas fait un pompeux panégyrique de l'hygiène, mais qu'au contraire elle n'a pas assez relevé le rôle qui lui revient. M. Sawas demande que l'article soit mis aux voix *tel quel.*

M. de Lallemand prévient qu'il sera obligé de voter contre cet article si on y maintient le mot *détruire.* Il pense qu'il serait suffisant de dire qu'il y a des moyens hygiéniques, des mesures d'assainissement capables d'amoindrir, de diminuer la prédisposition à l'infection cholérique.

M. Segovia lui fait observer que le mot détruire ne se trouve employé que dans la question formulée par la Commission.

M. Lenz croit que la Commission n'a rien exagéré. Tout le monde, dit-il, est d'accord sur l'efficacité des mesures hygiéniques, mais quelques-uns objectent qu'elles ne sont pas applicables sur une échelle assez vaste. Est ce que la Commission, se demande M. Lenz, a affirmé qu'elles le sont dès aujourd'hui? Non, elle a spécifié quand et sous quelles conditions elles pourront l'être : au fur et à mesure, a-t-elle dit, que les gouvernements et les populations comprendront que la plupart des endémies et des épidémies dérivent leur violence et leur extension de l'agglomération et des funestes habitudes qui s'y rattachent. Du reste M. Lenz croit que la question en elle-même ne se prête guère à la discussion. C'est une espèce de profession de foi de la Commission et chacun reste libre de voter sur cette question d'après la foi qu'il a dans l'efficacité des moyens hygièniques d'une part et dans le bon sens d'autre part des populations qui comprendront toujours mieux cette efficacité.

M.Bykow se range à l'avis de M. Monlau. Peut-être, dit-il, le but que la Commission se propose d'obtenir par les mesures qu'elle recommande est difficile à atteindre, peut-être aussi on ne parviendra jamais à détruire complètement la prédisposition à l'infection cholérique. Mais serait-ce une raison pour négliger l'emploi de pareilles mesures, et l'expérience n'a-t-elle pas prouvé que les travaux d'assainissement entrepris dans ces derniers temps ont grandement profité à la classe pauvre ?

M. Segovia est d'avis que l'on adresse à tort à la Commission le reproche d'exagérer l'efficacité des mesures hygièniques. Si exagération existe

quelque part, dit M. Segovia, ce serait plutôt du côté de ceux qui combattent le rapport. En effet, d'après M. de Lallemand lui-même, ordinairement très mesuré dans son langage, la Commission a formulé une proposition impossible à réaliser, il croit que ce n'est qu'une utopie. Mais, ajoute M. Segovia, si on considère bien l'énoncé du rapport on verra que la Commission n'affirme pas, elle ne fait qu'espérer qu'avec le temps les mesures hygièniques, appliquées en grand, pourront amoindrir et même détruire la prédisposition à l'infection cholérique. C'est plutôt un vœu qu'elle émet, et ce vœu, pense M. Segovia, est non seulement d'une réalisation possible, mais on pourrait même soutenir que chez quelques nations il a déjà été réalisé. Dans l'idée de la Commission, poursuit M. Segovia, il n'est pas question de rendre riche le pauvre, mais seulement de le faire profiter, tout autant que la classe aisée, des bienfaits des mesures hygièniques. Pourrait-on nier, se demande M. Segovia, qu'en Angleterre le peuple ne soit aujourd'hui mieux nourri, qu'il mange plus de viande, qu'il est mieux garanti contre les intempéries atmosphériques, que par le passé. Donc, toutes les classes profitent presqu'au même degré, voilà pourquoi la Commission espère qu'un jour il sera donné à l'hygiène de détruire même la prédisposition à l'infection cholérique. M. Segovia opine que le paragraphe est bien rédigé, et propose de mettre aux voix l'article tel quel.

M. Maccas, après avoir démontré qu'on ne gagnerait rien à supprimer le mot *détruire* qui se trouve seulement dans l'énoncé de la question, tandis que dans la réponse faite par la Commission il résulte qu'elle *espère* de parvenir un jour à détruire, propose aussi de voter l'article *tel quel.*

M. Gomez fait quelques observations sur le même sujet. On craint trop, dit-il, de voir dans le rapport exagérer l'importance des mesures hygièniques comme moyen de prophylaxie contre le choléra, exagération, pense-t-on, qui pourrait faire du tort aux mesures d'isolement et de désinfection, dans lesquelles on veut surtout trouver le moyen de salut. On est allé jusqu'à émettre des doutes sur l'efficacité même des mesures hygièniques et sur l'influence qu'elles pourraient exercer sur la partie la moins favorisée des populations des villes en temps d'épidémie.

En vérité, dit M. Gomez, on ne peut que s'étonner que pareilles opinions puissent venir d'un médecin, et si la Conférence, fait-il observer, devait se prononcer sur un tel débat, elle ne pourrait certainement que se compromettre aux yeux de l'Europe, comme M. Goodeve l'a très-judicieu-

sement dit. M. Gomez espère que la Conférence ne le fera pas, puisque ses opinions à ce sujet sont, dans le Rapport général, exposées dans un sens tout différent. Et comment pourrait-on, se demande M. Gomez, agir en opposition du mouvement qui porte partout les gouvernements à employer dans la plus vaste échelle les mesures d'hygiène publique, et lorsque les médecins de tous les pays se croient en devoir d'être, par leurs conseils, les premiers à seconder l'impulsion donnée? L'hygiène, pense M. Gomez, n'est que la civilisation, et ce n'est que par elle que la peste et d'autres fléaux ont disparu du sein de l'Europe. Il ne faut pas, conclut M. Gomez, chercher à ébranler la foi qui nous fait raisonnablement espérer que par l'hygiène on parviendra à diminuer de beaucoup, sinon à détruire tout-à-fait les ravages du choléra partout où il peut se manifester. M. Gomez insiste pour que l'on vote l'article tel quel.

M. Fauvel croit que la discussion est née d'un malentendu, mais qu'au fond tous sont d'accord, et ne diffèrent que dans la manière d'envisager la question. Il est incontestablement vrai, pense M. Fauvel, et l'histoire en fait foi, qu'il y a des mesures d'hygiène capables de détruire la prédisposition. Mais là, croit-il, n'est pas le point contesté. MM. Mühlig et de Lallemand se demandent s'il y a des mesures d'hygiène qui puissent être assez générales pour détruire non pas dans une localité donnée, mais à une grande étendue, toute prédisposition au choléra. M. Fauvel ne trouve pas que la Commission se soit là dessus prononcée d'une manière trop affirmative. Elle n'a ait qu'émettre un vœu. par conséquent l'article peut être adopté *tel quel.*

M. de Lallemand déclare qu'après les explications données tout le monde s'entend. On n'a discuté que pour savoir si l'on peut espérer de parvenir à détruire le choléra comme on a détruit beaucoup de foyers palustres. Voilà ce que M. de Lallemand ne peut pas croire.

Sur la demande générale, S. Exc. le président met aux voix le supplément du quatrième chapitre. Il est adopté à l'unanimité.

M. de Noidans donne lecture du 5me chap. et s'arrête à page 40, plusieurs délégués ayant demandé la parole pour faire des observations.

M. Mühlig croit que la théorie de la commission sur l'assistance publique n'est pas assez justifiée par les faits. La commission, dit M. Mühlig, émet l'avis que par certaines mesures, celles par exemple de l'assistance publique, il serait possible d'arrêter une épidémie cholérique ou bien de

diminuer son intensité. M. Mühlig ne partage pas cette opinion : une fois, croit-il, que le choléra a pris le développement d'une épidémie, aucun pouvoir humain ne pourrait arrêter sa marche.

L'importance de l'assistance publique repose sur la théorie qu'en traitant à temps la diarrhée on peut parvenir à empêcher le développement du choléra. C'est une opinion, dit M. Mühlig, assez répandue, mais que cette tendance existe, et le choléra éclatera quoi qu'on fasse et malgré le traitement institué contre les prodromes. Quand les conditions de l'attaque existent, c'est-à-dire l'intensité de l'intoxication et le défaut de résistance vitale, l'attaque cholérique aura infailliblement lieu. On parle dans le rapport, continue M. Mühlig, des statistiques cholériques concernant plusieurs villes entr'autres Munich. M. Mühlig a consulté celle de cette ville, mais n'a pas trouvé qu'il soit dit que l'assistance publique ait empêché le développement du choléra. Cela ne signifie pas, fait observer M. Mühlig, que l'assistance publique n'ait de grands avantages : seulement, la Commission a été trop loin : elle n'a pas été moins absolue que lorsqu'elle a déclaré qu'on peut prévenir le développement du choléra en traitant les diarrhées cholériques dès leur apparition. Ces diarrhées, d'après M. Mühlig, ne peuvent pas être traitées avec autant de succès que la Commission le croit. C'est pour cette raison qu'il a fait une réserve en signant le rapport.

M. Lenz oppose à ce raisonnement les observations suivantes. On nie, dit-il, l'efficacité des visites domiciliaires en disant que les diarrhées guéries par ces visites n'auraient pas été suivies de choléra, même si on ne les avait pas traitées, tandis, qu'au contraire, une diarrhée qui a la tendance à se développer à un plus haut degré de choléra le fera malgré tous les moyens préventifs. Il serait, selon M. Lenz, difficile de prouver le contraire, tandis que pour la thèse soutenue par la Commission il pourrait lui-même citer plusieurs exemples. Il se bornera aux suivants. A Londres on traita dans le courant de trois semaines (en 1849) par le moyen des visites domiciliaires 43,737 cas de diarrhée, dont 1000 avaient le caractère cholériforme (c'est-à-dire, avaient l'aspect de l'eau de riz) de tout ce nombre 58 seulement dégénérèrent en choléra. Dans 15 grandes villes de l'Angleterre on traita, la même année et de la même manière préventive, un total de 130,000 diarrhées dont pas plus que 250 ne furent suivies de choléra. (Tardieu, dict, d'hygiène, tome 3.)

Mais on pourra toujours objecter, continue M. Lenz, que ces chiffres ne

prouvent rien, que les 130,000 diarrhées n'étaient en définitive, à l'exclusion des 250, que des diarrhées qui n'avaient aucune tendance à dégénérer en choléra. L'exemple suivant pourtant pourrait, pense M. Lenz, militer en faveur des visites domiciliaires d'une manière assez décisive. Dans la ville de Glascow on a fait le calcul de la mortalité du choléra par rapport à l'époque dans laquelle l'assistance médicale avait été offerte aux malades. Il ressort de ce tableau (dans lequel il n'est plus question de diarrhée prémonitoire, mais seulement de cas de choléra bien constaté) que de tous ceux qui avaient reçu des secours dans le courant des premières 6 heures après l'attaque n'ont succombé qu'à raison de 21 pour °/o ; que ceux qui ne furent visités par le médecin que de 6 à 12 heures après le commencement de l'attaque ont succombé à raison de 33 pour °/o et, finalement entre 12 et 24 h. depuis l'attaque 45 pour °/o. Si le secours était arrivé plus tard la mortalité a été de 66 pour °/o. *(Report of the general board of health on the épidemic cholera of 1848—49. London 1850).*

M. Lenz conclut que l'influence d'un prompt secours est, par les chiffres qu'il a rapportés, bien prouvé, et, que, par conséquent, les visites domiciliaires qui tendent à donner des secours dès l'apparition des premiers symptômes de la maladie sont pleinement justifiées.

M. Sawas, répondant aux observations de M. Mühlig, réfute en peu de mots sa manière de voir à propos de la diarrhée prémonitoire, car après le discours de M. Lenz, il ne lui reste pas beaucoup à dire. M. Mühlig s'élève contre une doctrine aujourd'hui admise par tous les praticiens. Lui-même a eu l'occasion de traiter par centaines des diarrhéiques qui grâce au traitement dirigé contre la diarrhée, ont échappé au choléra, même au plus fort d'une épidémie très-meurtrière, comme celle de Constantinople de l'année dernière. Il y a plus, dit M. Sawas, et il en a lui-même l'expérience. Il a vu aussi, par centaines, des individus qui n'ont eu le choléra que 3, 5, 6 et même 8 jours après l'apparition de la diarrhée, et, cela faute de soins. M. Sawas croit que ce que M. Mühlig propose serait pernicieux en pratique et ne pourrait que produire des effets fâcheux.

M. Bykow fait remarquer que d'après M. Mühlig, il s'en suivrait qu'il est plus facile de gouverner, pour ainsi dire, le choléra lorsqu'il a atteint le plus haut degré d'intensité, que lorsqu'il est à sa première période.

M. Gomez se croit en devoir, en sa qualité de médecin, d'appuyer M. Mühlig. Il croit avec lui qu'on a exagéré l'importance du traitement de la

diarrhée cholérique, comme moyen d'empêcher le développement du choléra. Maintes fois, dit M. Gomez, on a arrêté de simples cholérines et on a cru avoir arrêté des cas graves de choléra. C'est encore une des conséquences de ce qu'on n'a pas bien signalé une des formes de la maladie, celle qui ne va pas au delà des symptômes diarrhéiques, comme on l'a fait plus particulièrement dans ces derniers temps. Mais, ajoute M. Gomez, bien que les visites domiciliaires n'aient pas toute la valeur qu'on a voulu leur accorder, il suffit qu'elles puissent quelquefois sinon toujours empêcher le développement du choléra pour qu'on les considère comme utiles et avantageuses. Cela a eu lieu effectivement, en outre, elles seront toujours avantageuses comme moyen de soigner promptement les malades, et de veiller, d'une manière très-immédiate, sur tout ce qui concerne la salubrité des habitations et les conditions hygièniques dans lesquelles il faut tenir la population d'une ville. Les visites domiciliaires, conclut M. Gomez, ont rendu et sont appelées à rendre des services très-importants. Par conséquent la doctrine du rapport étant bonne il faut la maintenir.

M. Goodeve est aussi d'avis qu'il faut maintenir la conclusion de la Commission, car, elle est basée sur des faits et répond aux données de l'expérience. Dans beaucoup de régiments de l'armée anglaise, il est obligatoire, dit M. Goodeve, de combattre la diarrhée dès son apparition. M. Goodeve pense que l'opinion de M. Mühlig est trop générale, l'expérience ayant démontré que si même on ne réussit pas à empêcher l'attaque cholérique, on parvient, en arrêtant à temps la diarrhée qui la précède, à la rendre moins violente, et à abréger sa durée.

Quoi qu'il en soit, que l'on parvienne à arrêter l'attaque ou non, en arrêtant la diarrhée, ce sera toujours autant de gagné. La diarrhée en se prolongeant 3, 5 ou 8 jours aurait affaibli le malade, aurait diminué sa résistance vitale, et l'attaque l'aurait trouvé épuisé et incapable, peut-être de réagir et de résister à la violence de la maladie.

Non seulement, selon M. Goodeve, la Commission n'a pas exagéré le rôle du traitement préventif, mais elle est restée au dessous des limites du vrai. Si elle a été, fait observer M. Goodeve, si modérée à ce sujet, c'est par égard pour l'opinion de M. Mühlig qui en Commission a présenté les mêmes objections.

M. Monlau, après avoir démontré la grande importance des faits cités par M. Lenz, faits de nature à démontrer les grands avantages que la classe

pauvre retire des visites domiciliaires et du traitement immédiat anti-diarrhéique, répète ce que M. Goodeve a dit, à savoir que la Commission, par déférence envers M. Mühlig, n'a pas voulu s'exprimer d'une manière aussi formelle et aussi forte qu'elle aurait dû le faire. De toutes les manières, ces visites domiciliaires, comme l'a très-bien fait observer M. Gomez, sont sous plusieurs rapports très-utiles.

C'est un fait, dit M. Maccas, que personne malheureusement n'a pu, jusqu'aujourd'hui contester, que le choléra est une de ces maladies contre lesquelles, dès qu'elles sont confirmées, la thérapeutique est tellement faible, qu'on peut, sans exagération, avouer qu'elle reste, dans la plupart des cas, d'une complète inefficacité. C'est une raison de plus, selon M. Maccas, et on a toujours agi dans ce sens par rapport au choléra plus que pour toute autre maladie, d'agir sans perte de temps et pour ainsi dire d'urgence, de le surprendre à son début, et dans ses symptômes précurseurs, si cela est possible. C'est donc dans ce but qu'on a proposé et qu'on a employé, avec une utilité universellement reconnue, les visites domiciliaires. Mais, dit M. Maccas, à notre grand étonnement, M. Mühlig est venu jeter des doutes sur leur efficacité et presque sur leur utilité. Peut-être M. Mühlig a mal interprété les paroles de la Commission. M. Maccas ne pourrait autrement expliquer le fait qu'en supposant que M. Mühlig n'a pas bien saisi le sens du passage du rapport où il est dit *que ces visites ont même* pour but de prévenir le développement du choléra. Tant, dit M. Maccas, qu'il ne pourra avec des raisons scientifiques combattre l'assertion de la Commission qui insiste sur la nécessité d'employer les *visites domiciliaires* d'une manière *complète* et *consciencieuse*, M. Mühlig ne peut pas infirmer sa croyance touchant l'efficacité des visites domiciliaires que la Commission toutefois ne considère pas comme pouvant prévenir une épidémie, mais, d'après ce qu'elle dit dans son rapport, pouvant sauver beaucoup d'individus et affaiblir l'intensité de l'épidémie, si l'on ne réussit pas à l'étouffer. Il résulte donc, selon M. Maccas, que la Commission espère par ce moyen prévenir le développement et l'extension de l'épidémie et non pas l'invasion de la maladie.

M. Maccas ne partage pas non plus la manière de voir de M. Mühlig qui soutient que les visites domiciliaires n'ont pu, ni à Constantinople ni ailleurs, arrêter l'invasion et l'extension de la maladie, malgré leur application simultanée avec les autres mesures hygiéniques. M. Maccas fait observer à

M. Mühlig que l'état hygiénique de beaucoup de quartiers de cette immense capitale et aussi de plusieurs villes de l'Europe n'est pas des plus satisfaisants, et que tant ici qu'ailleurs on se trouve au commencement plutôt qu'à la fin des mesures qu'il faudrait entreprendre à ce sujet. M. Maccas dit qu'il pourrait par différentes argumentations prouver l'immense utilité des visites domiciliaires, mais après tout ce qui a été dit il se croit dispensé de la faire, tout le monde, pense-t-il, est d'accord là dessus et M. Mühlig lui-même qui plusieurs fois a émis des idées très-justes sur la nature des diarrhées dites *prémonitoires*. Par conséquent M. Maccas se bornera à rappeler ceci: Que si autrefois on conseillait en Europe les visites domiciliaires, à une époque où l'on croyait par ce moyen prévenir les diarrhées qu'on considérait tout simplement comme des affections prédisposant au choléra, à bien plus forte raison on doit les conseiller et les employer aujourd'hui. Qui pourrait de nos jours, se demande M. Maccas, mettre en doute l'efficacité des premiers soins donnés par les visites domiciliaires aux personnes affectées de diarrhée ? Et n'a-t-on pas reconnu que la plupart de ces diarrhées, ou tout au moins une grande partie sont le choléra lui-même. Sous une forme plus ou moins bénigne ou dans un stade peu avancé?

On voudrait, dit M. Maccas, en finissant, remettre en honneur l'axiome qu'il ne faut pas entreprendre de combattre une maladie avant qu'elle ne soit complètement développée.

M. Maccas est pour le maintien tel quel de l'article du Rapport.

M. Mühlig a le malheur, dit-il, de ne pas être compris. M. Maccas cependant a bien saisi le sens de ses observations. Ce n'est pas qu'il soit contraire aux visites domiciliaires, loin de là, seulement M. Mühlig croit qu'aucun moyen n'existe d'affaiblir l'intensité d'une épidémie, les visites domiciliaires ne pourraient, pas plus que d'autres moyens, le faire. Jusqu'à présent, dit M. Mühlig, les faits ont fait connaître l'impuissance de pareils moyens, car, dans toute épidémie on a vu une période ascendante que rien n'a pu entraver, et une période descendante qui procède d'elle-même sans l'aide d'aucun moyen. A Constantinople, fait remarquer M. Mühlig, il y a eu l'année passée une Commission extraordinaire qui agit avec non moins d'énergie que de bruit. Elle plaça des médecins partout, fit faire des fumigations, des visites domiciliaires et beaucoup d'autres choses, eh bien, malgré tout cela l'épidémie a été plus forte que jamais. M. Mühlig insiste sur ce point, à savoir, qu'il ne demande pas la suppression des visites

domiciliaires, mais qu'on s'abstienne d'exagérer le rôle qu'elles sont appelées à jouer comme moyen prophylactique.

M. Goodeve désirerait savoir si le système suivi à Constantinople par la Commission dont a parlé M. Mühlig, était aussi complet que celui proposé par le rapport : c'est-à-dire, si elle faisait comme on l'a fait en Angleterre des recherches journalières dans les maisons pour constater l'existence de la diarrhée, traiter immédiatement et à domicile les malades au moment de chaque visite domiciliaire. Ceci est l'unique système, grâce auquel on puisse obtenir d'heureux résultats, car il a été prouvé que le peuple ne recourt pas à temps aux médecins pour ce qu'il considère une simple diarrhée. Qu'on ne l'oublie pas, dit M. Goodeve, l'efficacité des visites domiciliaires dépend, comme la Commission a eu soin de le faire ressortir, de leur emploi méthodique et continuel.

M. Sawas en réponse à ce que M. Mühlig a dit relativement à la Commission extraordinaire d'hygiène de l'année passée, abstraction faite de l'esprit épigrammatique qui a dicté ses observations et que M. Sawas n'entend pas prendre au serieux, se croit pourtant en devoir de déclarer que cette Commission a fait beaucoup de bien. Cent cinquante médecins employés par cette Commission ont unanimement déclaré,et on n'a qu'à voir leurs rapports, que s'ils ont sauvé quelques malades c'est grâce au traitement immédiat institué contre la diarrhée prémonitoire. Tous ces médecins avaient reçu des instructions sévères d'être très attentifs dans leurs visites domiciliaires, d'épier, pour ainsi dire, la première manifestation prodromique du choléra et de combattre énergiquement la diarrhée dès son apparition. L'expérience, ajoute M. Sawas, a sanctionné l'efficacité de cette pratique qui a arraché à une mort certaine beaucoup de victimes. Du reste, dit M. Sawas, cette discussion a été rehaussée par les observations de M. Maccas et par les explications données par M. Mühlig lui-même. D'accord avec M. Mühlig sur ce point, à savoir que les visites domiciliaires n'ont pas le pouvoir d'arrêter définitivement une épidémie cholérique, M. Sawas croit, cependant, avec la Commission que les visites domiciliaires peuvent limiter une épidémie, mitiger sa violence et par conséquent elles doivent être recommandées.

M. Maccas ajoute encore quelques mots à propos de la désinfection. A la page 37 il est dit, dans le rapport de la Commission, que la désinfection devrait être exécutée *dès le début* d'une invasion. M. Maccas préférerait dire

dès l'approche de l'invasion ; aujourd'hui, fait-il observer, presque tous les médecins s'accordent à dire qu'il ne faut pas attendre que l'épidémie ait éclaté, pour agir. Mais il faut se mettre en garde contre elle et exécuter la désinfection et autres mesures préventives aussitôt qu'on apprend qu'elle est dans le voisinage.

M. Gomez et avec lui tout les membres de la Commission acceptent le changement proposé par M. Maccas.

Mais M. Bosi fait remarquer que s'il est hors de doute que la désinfection, comme M. Maccas l'entend, est un excellent moyen hygiènique général, cette désinfection, dans le sens de la Commission, se propose d'agir dans un but différent. On voudrait par son action, dit M. Bosi, détruire le germe morbifique, or, ce germe ne se produit qu'après les premiers cas, après la manifestation du choléra. Telle que M. Maccas la voudrait, la désinfection, ajoute M. Bosi, serait d'une application très-difficile, tandis qu'elle devient très-facile en l'appliquant après la manifestation des premiers cas. A l'appui de son assertion M. Bosi cite un fait qu'il a pu observer à Bologne dans l'épidémie de l'année passée : dans l'hôpital de cette ville il y avait un nombre assez fort de cholériques, et il y en avait aussi dans quelques maisons particulières. On a eu soin d'isoler immédiatement et les maisons et l'hôpital, et il n'y a eu à Bologne que 36 décès cholériques, tandis que dans d'autres villes de l'Italie le fléau a fait de grands ravages.

M. Pelikan appelle l'attention de l'honorable Conférence sur la recommandation faite par la Commission, page 37 de son rapport, de distribuer des exemplaires d'une *Instruction* populaire, et de dresser des statistiques exactes faisant l'historique de l'épidémie. M. Pelikan ne peut, dit-il, qu'approuver un pareil projet, mais il croit utile que la Commission, à l'exemple de Pettenkoffer et de Grisinger posât les bases de cette instruction et aussi des statistiques par elle recommandées. M. Pelikan propose donc que la Commission rédige une espèce de modèle et pour l'*Instruction* et pour les statistiques.

M. Monlau lui répond que cette instruction ne se référant qu'au régime alimentaire à observer en temps d'épidémie se trouve dans tous les traités d'hygiène, d'où on pourrait l'extraire en le modifiant d'après certaines circonstances inhérentes à des localités déterminées. Il y a par exemple, dit-il, des localités qui supportent impunément l'usage de certains fruits, de quelques légumes qui dans d'autres localités seraient tout à fait mal supportés.

La Commission, dit encore M. Monlau, a cru superflu de donner un modèle des statistiques qu'elle propose parce qu'il en existe d'excellentes : et parce qu'elle a cru que sa mission ne l'obligeait pas à faire cela.

Sur la demande générale S. Exc. le Président met aux voix le texte de la première partie du 5me chapitre.

Il est adopté à l'unanimité :

A propos du corollaire de cette partie, M. Bosi fait observer qu'un corollaire doit être le résumé des idées les plus saillantes développées dans le texte. Il voudrait, par conséquent, que dans ce corollaire on ajoutât quelques mots concernant l'isolement et la désinfection dont il n'est point question. Cela, pense-t-il, pourrait être placé après les mots, les secours immédiats, etc.

M. Bartoletti, de son côté, voudrait qu'au lieu de dire que tout cela constitue des mesures hygièniques et administratives très-efficaces, on mît dans le corollaire, très-utiles.

M. Maccas pense au contraire qu'au lieu d'amoindrir la force de l'expression on devrait l'énoncer d'une manière plus forte, en disant par exemple que ce sont des mesures *des plus efficaces.*

La Conférence se prononce en faveur de l'expression du rapport.

M. le Président met aux voix le corollaire.

Il est adopté à l'unanimité.

La séance est levée à 4 1/2 heures.

Ordre du jour de la prochaine séance.

Suite de la discussion du rapport et de l'appendice.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Dr NARANZI.—B^{on} DE COLLONGUE.

N° 27.

SÉANCE DU 20 AOUT 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 20 août, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa vingt-septième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

M. le Docteur MONLAU, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour la France :

M. le Docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur GOODEVE, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. DICKSON, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M. le Docteur G. A. MACCAS, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. VERNONI, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur FRÉDÉRIC BOSI ;

M. le Docteur G. SALVATORI, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. KEUN, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur MILLINGEN, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

M. le Docteur SAWAS EFENDI, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

M le conseiller Docteur Bernardino Antonio GOMEZ, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Lenz, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

La séance est ouverte à midi :

Le procès-verbal de la 25e séance est lu par M. le Bon de Collongue, l'un des secrétaires, et adopté.

M. le Dr Mühlig signale l'omission de son nom sur la liste des membres présents aux séances Nos 21 et 23 dont les procès-verbaux viennent d'être distribués. M. le Dr Mühlig désire que cette erreur soit constatée.

La Conférence reprend ensuite la discussion du Rapport de la première commission du 3e groupe. M. le Cte de Noidans lit la seconde section du chapitre V de ce Rapport.

M. le Prof. Bosi, à propos de ce qui est dit, à la page 42, des avantages ou des inconvénients de l'émigration selon qu'elle s'opère avant ou après l'explosion du choléra, se demande si ce n'est pas établir un principe dangereux que de l'interdire dans ce dernier cas par la raison qu'elle pourrait compromettre la santé de quelques lieux encore indemnes et augmenter la terreur dans l'enceinte de la ville éprouvée, une ville ayant avec l'extérieur des relations forcées qui rendent impossible dans la pratique son isolement complet ; M. le Prof. Bosi, croit que loin d'interdire l'émigration même tardive, on pourrait au contraire la fa-

voriser sous certaines conditions ; ne pourrait-on pas par exemple assigner aux fuyards un emplacement, suffisamment éloigné tant de la ville atteinte du choléra que des localités environnantes où ils devraient purger une sorte de contumace, en un mot faire quarantaine, avant de continuer leur voyage ? M. le Prof. Bosi ne croit pas que l'on doive se préoccuper beaucoup de l'effet moral que l'émigration peut exercer sur une population déjà en proie à la panique puisque c'est cette panique même qui a provoqué l'émigration.

M. le Dr Monlau fait observer que cette quarantaine que M. le Prof. Bosi propose, serait impraticable et impossible dans la plupart des cas. La Commission ne demande pas que l'émigration tardive soit interdite, elle se borne à la déclarer dangereuse pour les localités encore indemnes où les fuyards vont chercher un asile ; elle la croit au surplus peu profitable à ces derniers qui partent dans de mauvaises conditions morales et que trop souvent la fuite ne suffit pas à mettre à l'abri des atteintes de la maladie. Quant à l'effet moral produit, il faut en tenir compte, ceux qui émigrent appartiennent toujours à la classe aisée et leur départ jette le découragement dans la partie moins fortunée de la population qui ne peut les imiter.

Le Dr Salem bey cite à l'appui des observations contenues dans le Rapport relativement à l'émigration tardive les faits observés en Egypte et notamment au Caire, pendant la dernière épidémie.

M. le Dr Gomez ne croit pas quant à lui que les quarantaines de terre soient possibles ; c'est du reste une question à examiner par la Commission chargée de l'étude des mesures quarantenaires. Quant à l'émigration, il faut la conseiller lorsque le choléra ne s'est pas encore déclaré ; après, elle devient évidemment un danger pour les localités où se réfugient les émigrants ; s'il ne peut être question de l'empêcher, ce qui ne pouvait être dans la pensée de la Commission, ce n'en était pas moins un devoir pour elle que de signaler ce danger.

M. le Prof. Bosi déclarant qu'en présence de ces explications, il n'insiste pas sur son observation, M. le président met aux voix la fin du chapitre V. Le texte et la conclusion en sont successivement adoptés à l'unanimité.

L'adoption du texte du chapitre VI ne donne lieu à aucune observation.

Il n'en est pas de même de la conclusion que M. le Dr Bartoletti ne

trouve pas suffisamment affirmative. L'épithète *efficace* qu'il critiquait dans la conclusion du chapitre IV, lorsqu'il s'agissait de l'assainissement des villes comme moyen préventif pour s'opposer à la réception du choléra, lui aurait paru devoir être employée là. Il est avéré que les mesures de désinfections par l'aération, le lavage et les moyens chimiques combinées avec l'isolement, détruisent le germe cholérique. Dire qu'elles sont un auxiliaire *puissant* ne suffit pas.

M. le D[r] Mühlig et M. le D[r] Maccas répondent qu'on ne peut, en l'état de la science, se prononcer d'une manière affirmative ; si on consulte les ouvrages qui traitent des mesures de désinfection, on voit combien elles sont d'une application difficile. La science n'a pas dit son dernier mot, il ne faut affirmer que ce dont on est sûr.

M. le D[r] Sawas partage cette manière de voir.

M. le D[r] Bykow demande, de son côté, si on peut affirmer lorsque le germe cholérique a été détruit par la désinfection combinée avec l'isolement, que ce soit bien positivement l'effet de l'application de ces mesures. Peut-on être sûr que ce germe qui, d'après ce qu'on suppose généralement, n'aurait qu'une courte existence, ne se soit pas éteint de lui-même pendant la durée de la quarantaine ?

La suite de cette discussion est ajournée sur la proposition de M. le D[r] Fauvel qui fait observer qu'elle sera continuée plus utilement lorsqu'on aura voté le Rapport de M. le D[r] Mühlig sur *la désinfection* qui sert d'appendice à celui de la Commission.

M. le C[te] de Noidans commence la lecture de ce Rapport.

Le 1[er] paragraphe est adopté sans observation.

M. le D[r] Pelikan critique la classification des désinfectants et la distinction que le Rapport établit (§ II) entre eux quand à leur mode d'action. M. le D[r] Pelikan déclare notamment ne pouvoir partager l'opinion de M. le D[r] Mühlig sur l'*action corrosive* des moyens désinfectants pour les selles cholériques ; il trouve que l'hypothèse de M. le D[r] Mühlig ne repose pas sur des bases assez solides pour être recommandée par la Conférence comme la plus concluante.

M. le D[r] Mühlig croit qu'il faut éviter les discussions scientifiques qui ne sont pas l'affaire de la Conférence. Il se borne donc à répondre qu'il n'a pas entendu faire une classification des désinfectants ;

Le Rapport ne fait que mentionner les divers moyens de désinfection

signalés par les auteurs qui se sont occupés de ces questions.

M. le D[r] Bykow conteste le rôle important que le Rapport attribue aux émanations ammoniacales dans la production du typhus, de la fièvre typhoïde et du choléra, et affirme que ce n'est que dans la fermentation des excréments que le danger existe.

M. le D[r] Fauvel pense qu'au point de vue sanitaire on doit considérer comme désinfectant tout ce qui a pour effet de détruire le germe morbifique; toute la question est de trouver des désinfectants au moyen desquels on puisse arriver à ce résultat sans nuire à la substance à désinfecter. Il ne faut pas s'arrêter sur les classifications toujours incomplètes: ce qui importe et ce qui est surtout difficile, c'est l'application des divers modes de désinfection; on peut toujours détruire, mais on ne peut pas toujours appliquer.

M. le D[r] Mühlig croit que c'est aller trop loin que d'affirmer qu'on puisse tout désinfecter, c'est là un point qui n'est pas encore démontré.

M. le D[r] Sawas n'admet pas comme scientifiquement exacte la distinction que le Rapport établit entre les divers moyens chimiques de désinfection : on y présente *la causticité* comme une voie de désinfection à part, or, d'après M. le D[r] Sawas, ce n'est qu'une qualité de certains agents chimiques, une résultante du jeu des affinités.

Le § 2 est mis aux voix et adopté à l'unanimité moins une voix, celle de M. le D[r] Pelikan qui s'abstient.

M. le D[r] Fauvel après avoir fait remarquer que les faits cités dans le § 3 paraissent des preuves concluantes de l'efficacité des désinfectants, se demande comment le Rapport a pu alors hésiter à affirmer cette efficacité; Y a-t-il donc d'autres faits contraires?

M. le D[r] Mühlig répond qu'il croit à la puissance des mesures de désinfection, seulement les faits qui la prouvent sont trop peu nombreux pour qu'on puisse se prononcer d'une manière absolue.

Le § 3 est adopté à l'unanimité.

Il en est de même de la 1[re] section du § 4 de l'*aération.*

A propos de la 2[me] section du même paragraphe, M. le D[r] Fauvel exprime le regret que le Rapport n'insiste pas davantage sur cette question si importante de la *calorification.* Si on pouvait généraliser l'emploi de la calorification et qu'on arrivât à user de ce moyen sans détruire la substance à désinfecter, on aurait obtenu un énorme résultat et trouvé le

désinfectant par excellence. Ne pourrait-on pas, sans aller si loin, détruire le germe cholérique par une température moins élevée que celle employée par le Dr Henri, de Manchester? C'est là une question qui méritait une étude toute particulière : si la réponse était affirmative, ne serait-ce pas en effet un précieux moyen de désinfection pour une foule de substances et un moyen facilement applicable, notamment à bord des navires et surtout des navires à vapeur, pour le linge, les hardes et les effets et même pour certaines marchandises?

M. le Dr Mühlig répond qu'il comprend comme M. le Dr Fauvel toute l'importance de la calorification comme désinfectant, seulement il ne connaît pas de cas où ce moyen de désinfection ait été appliqué au choléra. Malgré toutes ses recherches, il n'a trouvé d'autres faits à citer que ceux qui sont rapportés dans la note de la page 6, et il n'y est question que de la peste et de la scarlatine.

M. le Dr Millingen considère l'immersion dans l'eau bouillante ou dans la vapeur comme un moyen de désinfection éminemment efficace, cependant il n'en est pas fait mention dans le § de la *calorification* où il eut été à sa place naturelle, non plus que dans le § suivant qui traite seulement de l'immersion dans l'eau froide.

M. le Dr Goodeve préfère l'immersion dans l'eau froide, mais mélangée de substances désinfectantes. L'immersion efficace si l'eau est bouillante, cesse de l'être si l'eau est seulement échauffée et elle devient même alors plutôt dangereuse : la température dans ce cas n'est plus assez élevée pour détruire le germe morbifique et il y a à craindre que ce germe ne se répande avec la vapeur qui se dégage. C'est à cette cause que beaucoup de personnes attribuent les cas de choléra si nombreux qu'on observe parmi les blanchisseuses qui lavent le linge ou les effets des cholériques.

La 3me section est adoptée à l'unanimité.

M. le Dr Pelikan passe en revue les divers procédés chimiques de désinfection énumérés dans la 4me section. Il approuve ce qui est dit des bons effets de l'emploi du chlore, mais quant aux chlorures ne partage pas les opinions de M. le Dr Mühlig. Il n'admet pas non plus la préférence que le Rapport donne au chlorure de zinc sur le sulfate de fer. Ce dernier désinfectant qui se recommande par son bon marché, a donné les meilleurs résultats en Russie et en France surtout mélangé avec l'acide pyroligueux.

M. le Dr Pelikan conteste aussi la manière de voir de M. le Dr Mühlig en ce qui concerne la différence existant entre le chlorure de zinc et le sulfate de fer au point de vue de la désinfection des excréments : Dans son opinion le sulfate de fer et de même les autres sels métalliques ne sont pas en état de désinfecter complètement les excréments lorsque la décomposition putride a déjà eu lieu. M. le Dr Pelikan qui recommande le chlorure de magnésie dont il n'est pas fait mention dans le Rapport comme un moyen de désinfection peu coûteux et qu'il est facile de se procurer aux environs des fabriques de chlore, signale, en finissant, une erreur de typographie qui se trouve plusieurs fois reproduite dans le Rapport : c'est *hypoclorite* et non pas *hypochloride* qu'il faut dire.

M. le Dr Sotto trouve que ce qui manque surtout dans le Rapport, ce sont des faits. Quant à lui, il a employé avec succès le sulfate de fer à l'hôpital autrichien et aussi à bord des navires du Lloyd pendant la dernière épidémie. A l'hôpital autrichien où il y a eu 102 cholériques et où l'exiguité du local ne permettait pas de leur affecter des pièces suffisamment séparées, personne n'a été atteint ni parmi les autres malades au nombre d'une trentaine, ni parmi les douze employés de l'hôpital.

M. le Dr Mühlig répond que s'il n'a pas cité plus de faits, c'est malheureusement qu'il n'en connaissait pas davantage. A l'hôpital prussien on s'est servi du sulfate de fer pour la désinfection des fosses et des matières excrémentielles, et du chlorure de chaux pour celle des linges.

La 4me section est adoptée à l'unanimité moins une voix, celle de M. le Dr Pelikan qui s'abstient.

La séance est levée à 4 h. et demie.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Bon de Collongue — Dr Naranzi.

N° 28.

SÉANCE DU 23 AOUT 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 23 août, la Conférence Sanitaire nternationale a tenu sa vingt-huitième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople;

Pour la Grèce :

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur LENZ, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. Exc. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

S. Exc. le Président donne la parole à MM. les secrétaires pour la lecture des procès-verbaux des deux dernières séances.

M. le Dr Naranzi donne lecture du procès-verbal de la séance du 18 août, et M. le Bon de Collongue de celui de la séance du 20 août. Ils sont approuvés à l'unanimité.

M. Lenz fait connaître que M. Segovia, président de la 1re Commission ne pouvant, à cause d'indisposition, assister à la séance, l'a chargé de présenter, et, de déposer sur le bureau, la note additionnelle au texte du chap. 8. (hygiène navale) du Rapport sur les mesures d'hygiène.

M.Lenz exprime au nom de la Commission le désir que cette note additionnelle soit portée à l'ordre du jour, pour être discutée, séance tenante, si le temps le permet. Admis.

M. de Lallemand fait une motion relative à la communication que, de concert avec son collègue M Fauvel, il avait faite à la Conférence le 31 mai. Cette communication ayant pour but la réforme du tarif sanitaire avait été ajournée pour donner à MM. les Délégués le temps de se pourvoir d'instructions de la part de leurs gouvernements. Depuis lors, 80 jours se sont écoulés, terme plus que suffisant, pense M. de Lallemand, pour

demander et recevoir les instructions qu'on croyait nécessaires. Comme la Conférence avait pris acte de sa communication, M. de Lallemand prévient qu'il se propose de soumettre, à la prochaine séance, une proposition à l'effet de savoir si la Conférence consent à nommer une Commission pour étudier la question de la réforme du tarif.

M. le Président passe à l'ordre du jour et donne la parole à M. Mühlig pour poursuivre la lecture de l'appendice concernant la désinfection appliquée au choléra.

M. Mühlig, après avoir rappelé qu'à la dernière séance on s'est arrêté au 5me titre, en reprend la lecture à page 11.

Il s'arrête à page 12, à la désinfection de l'eau potable, pour entendre les observations des orateurs qui ont demandé la parole.

M. Pelikan signale une contradiction qui selon lui existe entre ce qu'il est dit à la fin de la 10me page et ce qu'on soutient au commencement de la 11me. M. Pelikan voudrait savoir si les assertions de M. Mühlig sont basées sur une théorie chimique, si c'est la chimie ou la pratique qui lui ont révélé l'action du coaltar et des substances qu'il préconise. M. Pelikan pense que la chimie aussi bien que la pratique ont démontré le contraire. Ainsi, par exemple en France, dit-il, loin de craindre les mélanges de certains acides avec les sels désinfectants, on se sert avec succès de l'acide pyroligneux mêlé avec le sulfate de fer.

M Pelikan dit qu'il ne fait cette observation que dans le but d'être exact et pour ne pas induire en erreur ceux qui ne possèdent des connaissances chimiques.

M. Mühlig répond à l'observation de M. Pelikan. La Commission, dit-il, n'a pas nié que l'on ne puisse avec succès employer plusieurs moyens, et rendre leur action plus intense par des mélanges bien faits. Mais elle a recommandé de ne point employer des mélanges qui se neutralisent ; M. Mühlig n'a pas voulu dire autre chose. Il n'y a d'après lui aucune contradiction dans les passages cités par M. Pelikan, il lui fait toutefois observer que l'emploi des moyens chimiques ne suffit pas pour désinfecter par exemple, le linge, les étoffes, etc. Qu'on immerge, dit-il, le linge dans une solution de chlorure de zinc, croit-on par cela seul l'avoir purifié? Non, il faut aussi l'aération, etc. Voilà ce qui, dans l'idée du rapporteur, constitue une méthode de désinfection.

M. Pelikan avoue que M. Mühlig vient de s'expliquer mieux qu'il ne l'a fait dans son appendice.

M. Gomez fait observer que l'idée de l'auteur de l'appendice est juste, mais que la rédaction de celle-ci est inexacte.

En France, dit M. Gomez, on ne considère plus le chlorure de zinc comme le meilleur des désinfectants, car on s'est assuré qu'il ne peut neutraliser les gaz, et on emploie avec plus de confiance l'acide phénique mélangé avec le sulfate de fer.

M. Gomez est d'avis que l'observation de M. Pelikan perd de sa force en lisant tout le paragraphe, mais qu'elle est rigoureuse lorsqu'on s'arrête à la recommandation de l'auteur de n'employer qu'un seul moyen, dans la crainte de faire des mélanges capables de se neutraliser. Cela pourrait induire en erreur, dit M. Gomez, si on ne lisait plus loin qu'il faut éviter les mélanges avec des substances qui ont une action opposée. La Commission recommande les mélanges qui ne se neutralisent pas et dont l'action est une.

M. Millingen demande des explications sur la différence établie dans l'appendice ; à page 11me entre les déjections cholériques et les matières vomies. M. Millingen pense, et le Rapport général selon lui l'a bien établi, que tant les unes que les autres fournissent le *germe* cholérique, donc, M. Millingen voudrait supprimer le mot *peut-être*, par rapport aux matières vomies.

M. Mühlig lui répond que c'est précisément pour se conformer à l'esprit du Rapport général et aussi à l'opinion prévalente qu'il a employé relativement aux matières vomies le mot *peut-être*. On sait, dit-il, d'une manière positive que les déjections cholériques renferment le germe, mais on ne peut pas se prononcer d'une manière aussi catégorique par rapport aux matières vomies, car la chose n'a pas été prouvée, cependant le fait paraît très probable. Quoi qu'il en soit, dit M. Mühlig, l'appendice est écrite pour les médecins qui savent à quoi s'en tenir.

M. Goodeve croit que le dernier paragraphe du 5me titre devrait être rédigé avec plus de précision. M. Goodeve fait allusion au passage suivant « on commencera donc la désinfection des lieux d'aisance et des égouts d'une localité aussitôt qu'elle sera menacée d'une invasion cholérique. M. Goodeve voudrait qu'on y ajoutât et, surtout si on ne l'a pas fait dès que le chiffre des diarrhées a commencé à monter».

Le 5me titre est mis aux voix et adopté à l'unanimité, avec l'addition proposée par M. Goodeve.

M. Mühlig continue sa lecture jusqu'à la fin de la 14me page.

M: Gomez fait remarquer que l'auteur recommande à page 13 les fumigations et indique la manière de les pratiquer. Mais cette doctrine est contredite dans plusieurs passages de l'appendice, au 4me titre, par exemple, dit M. Gomez, l'auteur affirme que les fumigations sont d'une efficacité très-contestable, et le Rapport condamne presque les fumigations, ou les réduit à très peu de chose en contestant leur valeur. Il n'est que trop vrai, ajoute M. Gomez, qu'il y aurait de l'exagération à contester tout à fait la valeur des fumigations, car bien employées elles sont des moyens auxiliaires assez efficaces. M. Gomez voudrait faire disparaître ces petites contradictions qui se trouvent avec quelques autres dans l'appendice, et il croit qu'il faudrait mettre en harmonie, en changeant la rédaction, tous les passages qui se réfèrent à la même doctrine. M. Gomez, toujours dans le but de faire règner dans l'appendice l'exactitude scientifique la plus rigoureuse, voudrait changer l'expression suivante : l'acide phénique recèle un mordant (v. à page 9.) L'acide phénique, dit M. Gomez, ne récèle aucun mordant, bien qu'il soit lui-même un mordant, c'est-à-dire capable d'exercer une action mordante sur la fibre végétale. Recéler un mordant, signifie, d'après M. Gomez, renfermer, tenir caché un principe mordant, mais la composition chimique de l'acide phénique est bien connue, et l'analyse ne démontre aucunement l'existence d'un principe distinct.

Le mot récèle, pense M. Fauvel, ne signifie autre chose sinon que l'acide phénique, dont on ne connaît que la composition élémentaire et pas plus, est une substance qui a une action mordante sur la fibre végétale ou organique. Mais il pourrait se faire, dit M. Fauvel, que l'acide phénique récèle aussi un élément ou un principe qui soit d'une nature mordante, tout comme le tan qui par un principe spécial, l'acide tannique, agit sur les substances organiques pour les tanner.

M. Gomez réplique que si la langue française donne au mot *recéler* la même signification que M. Fauvel, qui est très-compétent, lui accorde, il n'en est pas de même en chimie, le mot recéler, d'après lui, a une toute autre signification.

M. Mühlig, en réponse à M. Gomez, avoue ne point trouver dans l'appendice les contradictions par lui signalées. Jusqu'à une certaine époque, dit-il, on a cru qu'il suffisait de fumiger pour purifier, et alors on avait la plus grande confiance dans le souffre. Aujourd'hui on est plus sceptique,

on a perdu la confiance absolue dans les fumigations de quelque nature qu'elles soient, car on a vu qu'avec les fumigations il faut employer d'autres moyens, par exemple l'aération, le blanchissage par la chaux, etc. Par conséquent, on veut les borner au rôle qu'elles peuvent avoir. Pour ce qui est de l'expression condamnée par M. Gomez, expression du reste empruntée à une pièce rédigée par un Français, M. Mühlig est tout-à-fait de l'avis de M. Fauvel.

M. Pelikan estime que les moyens recommandés par M. Mühlig pour la purification des habitations, (v. p. 13 où il est dit :) on aspergera et on lavera ensuite tout l'intérieur de la maison, les murs, les plafonds et les planchers avec une solution de chlorure de chaux ou d'acide phénique, présentent de la confusion et ne peuvent pas constituer une véritable méthode de désinfection. M. Pelikan demande à M. Mühlig s'il a jamais mis en pratique un pareil procédé. S'il l'a tiré de quelque auteur, il ne s'est pas donné assez de peine pour le soumettre à une critique chimique rigoureuse. Pourquoi, demande encore M. Pelikan, recourir au chlore gazeux (fumigations Guytoniennes) et à l'acide sulfureux après l'emploi des chlorures, ou de l'acide phénique? Si les moyens proposés par M. Mühlig ne sont pas suffisants, pour sûr l'acide sulfureux qui est, selon M. Pelikan, un moyen beaucoup moins efficace que les précédents ne pourra être recommandé. M. Pelikan déclare qu'en fait de désinfection, comme de toute autre opération chimique il ne s'agit pas de proposer beaucoup de substances à employer indistinctement. La science prescrit de se servir méthodiquement de celles dont la valeur est sûre et le choix, l'acquisition faciles, et qui compromettent le moins la santé.

M. Pelikan trouve encore que M. Mühlig (à page 14) en proposant différents moyens pour désinfecter les marchandises commence par recommander l'aération et passe ensuite aux désinfectants chimiques sans mentionner l'*immersion*, opération qui, comme chacun sait, peut, dans certaines circonstances, être très-utile. M. Mühlig ne parle pas non plus des marchandises qui, selon les règlements quarantenaires en vigueur, doivent être détruites par la combustion par exemple, ou jetées dans l'eau, comme les substances organiques animales et végétales en décomposition, les provisions, etc.

Quant à la proposition de M. Mühlig de soumettre certaines marchandises, (outre les drilles et les chiffons, auxquels M. Mühlig a consacré un

paragraphe à part (V. l'app. à page 13.) M. Pelikan ne comprend pas quelles sont les marchandises que l'on pourrait sans risque de détérioration plonger dans une soluti on de chlorure de zinc. M. Pelikan croit qu'une pareille pratique ne mér ite pas même d'être l'objet d'observations sérieuses, et aucune administration, pense-t-il, ne voudrait suivre les conseils de la Conférence, si de tels moyens venaient à être proposés et recommandés par elle. Du reste, dit M. Pelikan en finissant, la question de la désinfection des marchandises entre, par décision de la Conférence, dans le programme de la Commission sur les mesures de quarantaine, et cette Commission dont M. Pelikan fait partie aura, dit-il, bientôt l'honneur de soumettre à l'appréciation de la Conférence cette même question traitée avec tous les détails désirables.

M. Salem bey, tout en se rangeant à l'avis de M. Mühlig, voudrait cependant que l'on fit dans l'appendice une distinction entre les marchandises relativement aux moyens de les purifier.

M. Bartoletti trouve que cette distinction serait dans l'appendice tout-à-fait superflue, cette question devant être traitée par une autre Commission.

M. Salem bey après cette observation retire sa motion.

M. Maccas, de son côté, croit nécessaire de spécifier dans l'appendice les cas et la nature des marchandises que l'on pourrait désinfecter par le chlorure de zinc. Cette substance, fait-il observer, est très-coûteuse. Comme ces cas ne sont pas spécifiés dans l'appendice. M. Maccas propose de supprimer des substances désinfectantes les marchandises, le chlorure de zinc.

M. Fauvel fait une simple observation à ce sujet. Plusieurs Délégués, dit-il, ont déclaré la guerre au chlorure de zinc, mais sans bien s'expliquer là-dessus. Le considèrent-ils comme un moyen bon ou mauvais? il faudrait prouver qu'il est mauvais avant de le proscrire, or, les expériences qu'on en a faites prouvent que c'est un moyen très-efficace. Pourquoi donc voudrait-on le supprimer? Il y a, ajoute M. Fauvel, une condition sous-entendue, elle est celle-ci, pourvu qu'il ne détruise ou qu'il ne détériore pas les marchandises, condition qui est d'ailleurs sous-entendue pour tous les autres moyens.

Cette partie de l'appendice, jusqu'à la *désinfection des navires*, est mise aux voix et adoptée à l'unanimité moins MM. Maccas et Sotto qui se sont abstenus de voter.

M. Maccas motive son abstention. Après toutes les explications demandées on n'a fait, dit-il, que persister à mettre en avant les chiffons, sans nommer d'autres marchandises propres à être désinfectées par le chlorure de zinc. Cette manière est loin de satisfaire.

M. Sotto,de son côté,déclare qu'il s'est abstenu de voter pour les mêmes raisons.

M. Mühlig continue la lecture de l'appendice jusqu'à la conclusion : Elle est adoptée à l'unanimité des voix.

M. Fauvel demande la parole pour avoir des explications sur la première partie de la conclusion. Comment, se demande M. Fauvel, la désinfection pourrait-elle diminuer la réceptivité d'une localité menacée par le choléra? Il comprend que cela puisse être fait par l'hygiène, mais il ne conçoit pas que les désinfectants, qui n'ont d'autre action que de détruire les matières morbifiques, puissent donner un pareil résultat.

M. Mühlig lui répond que les désinfectants, comme il a été dit au commencement de l'appendice, peuvent être considérés sous deux points de vue distincts ; ils peuvent être employés pour détruire le germe morbifique et aussi pour empêcher le dégagement des gaz, pour détruire les émanations putrides ; or, c'est dans ce dernier sens qu'il est dit, que s'ils sont employés avant la manifestation de l'épidémie, ils peuvent diminuer la réceptivité d'une localité menacée par le choléra. M. Mühlig à l'appui de son dire cite un fait relatif à la ville d'Ulm, où tous les moyens de désinfection ayant été employés avant la manifestation de l'épidémie, le choléra n'y fit que peu de ravages.

M. Sotto désire savoir si sous la dénomination de *localité,* l'auteur de l'appendice a entendu parler d'un hôpital, d'un bourg et aussi d'une ville tout entière. La Commission, voudrait bien savoir M. Sotto, connaît-elle des villes qui aient été purifiées par les désinfectants ? M. Sotto opine qu'il faudrait supprimer ce passage, ou le modifier de manière à faire bien ressortir la signification du mot *localité.* L'expérience n'a pas encore démontré, pense-t-il, la possibilité de purifier, par les désinfectants, une ville tout entière.

M. Mühlig rappelle à M. Sotto qu'il vient de citer la ville d'Ulm qui a ressenti l'influence des moyens désinfectants qu'on y avait employés. Il pourrait donc, pense-t-il, laisser le mot *localité* qui ne peut nullement induire en erreur. Toutefois, il déclare que ce mot a été employé pour dési-

gner indistinctement les grands établissements, tels par exemple que les hôpitaux, les prisons, etc. A ce propos, M. Mühlig mentionne le fait relatif à une prison de Munich qui a été garantie contre le choléra par des moyens désinfectants.

S. Exc. le Président met aux voix la conclusion:

Elle est adoptée à l'unanimité.

M. Gomez demande à faire quelques observations techniques sur l'ensemble de l'appendice.

A page 8, dit M. Gomez, il y a une omission relative au procédé de Smith pour les fumigations nitriques. L'auteur de l'appendice a indiqué la proportion des substances à mélanger pour obtenir le dégagement des vapeurs d'acide nitreux, mais il a oublié de noter la dose qui est nécessaire pour désinfecter un espace déterminé.

A page 9, continue M. Gomez, il est dit que les chirurgiens américains, pour désinfecter l'air des appartements, faisaient évaporer des morceaux de draps imbibés d'une forte solution de permanganate de potasse. Le permanganate de potasse, fait observer M. Gomez, est effectivement un agent tres énergique pour neutraliser ou détruire les émanations organiques putrides : on s'en est servi comme d'un excellent réactif pour apprécier le degré d'impureté de l'air vicié par des matières organiques suspendues ou dissoutes dans l'atmosphère : c'est pour cela qu'il a été conseillé comme moyen purificateur. Toutefois, le permanganate de potasse n'étant pas une substance volatile qui puisse par l'évaporation se répandre dans l'air et y atteindre la matière infectante, il faut que par un courant convenablement établi, ce soit l'air qui aille successivement présenter cette matière à l'action du permanganate de potasse. La recommandation donc de faire évaporer une solution concentrée de ce sel pour purifier l'air des maisons exprime mal la valeur du procédé à suivre, et il serait à désirer que cette expression fût rédigée d'une manière plus précise.

M. Mühlig se borne à répondre que le procédé tel qu'il l'a décrit a été appliqué en Amérique, M. Mühlig relate le fait tel qu'il l'a trouvé consigné dans une gazette médicale américaine sans se prononcer sur sa valeur. Quant au passage qui a trait aux fumigations de Smith, il faut ajouter après le chiffre 15 le mot grammes.

M. Bykow signale une erreur typographique ; dans deux endroits de l'appendice on lit hypochloride de soude au lieu de hypochlorite de soude.

M. Bosi s'adresse à la Conférence pour savoir si le Rapport qu'on vient de discuter et d'approuver sera, comme on l'a fait pour le rapport-général, réimprimé avec l'indication en note des modifications adoptées par la Conférence. Il croit cela nécessaire, d'abord parce que la Conférence s'est déjà prononcé dans ce sens lorsqu'elle a autorisé la réimpression du rapport-général, ce qui établit un précédent et une formalité qu'il importe de respecter, et en second lieu, parce que le rapport dont il entend parler, se compose de trois pièces séparées, à savoir : le rapport, l'appendice et la note additionnelle. Tout cela, pense-t-il, doit faire un seul rapport, et ne pouvant pas subsister séparément, sa réimpression est de rigueur.

M. Fauvel lui fait observer que si le rapport-général a été réimprimé c'est parce qu'on n'en avait tiré que 250 exemplaires ; et qu'il n'avait pas été imprimé, comme annexe, dans le même format que les procès-verbaux. Pour ce qui est du rapport dont parle M. Bosi, la Commission a eu soin de le faire imprimer comme annexe, dans le même format que les procès-verbaux et en a fait tirer 650 exemplaires. Indépendamment de cela, à l'exception de quelques légers changements qu'il est aisé de trouver dans les procès-verbaux, il a été adopté, presque tel quel.

M. Fauvel opine qu'il serait inutile de le faire réimprimer.

M. Bartoletti parle dans le même sens.

M. Keun trouve que les observations de M. Bosi sont fondées sur un précédent établi par la Conférence, mais pour faire droit à l'observation de ceux qui mettent en avant des difficultés matérielles, il propose de réunir ensemble toutes les modifications qu'on a apportées au rapport, et d'ajouter une page, ou plusieurs s'il en faut, au rapport en question.

M. de Lallemand fait observer à M. Keun que si on faisait cela, les procès-verbaux perdraient beaucoup de leur intérêt et ne serviraient plus à rien. Ils ne sont intéressants que pour les discussions qui sont rapportées en détail. M. de Lenz se range à l'avis de M. de Lallemand, d'autant plus volontiers, dit-il, qu'il ne faut pas oublier que les rapports sont faits par les Commissions à la Conférence, et non pas par elle-même.

M. Bartoletti trouve cette discussion tout-à-fait inutile. A la fin de ses travaux, la Conférence pourra si elle le juge nécessaire, en faire un résumé, de même qu'après les rapports des trois Commissions on pourra donner en abrégé les points principaux adoptés par la Conférence. C'est ainsi, dit M. Bartoletti, qu'ont procédé les autres Conférences.

M. Maccas adhère à la manière de voir de M. Bartoletti.

M. Bosi accepte la proposition de M. Keun.

S. E. le Président consulte la Conférence.

Il est décidé de ne pas réimprimer le rapport de la 1re Commission.

M. de Lallemand propose de passer à la discussion de la Note additionnelle.

M. Maccas l'appuie.

S. Exc. ayant fait observer que l'heure est assez avancée, en remet la lecture et la discussion à la prochaine séance.

La séance est levée à h. 4 $^1/_4$.

Ordre du jour de la prochaine séance.

1° Lecture et discussion de la note additionnelle.

Proposition de M. de Lallemand concernant la réforme du tarif sanitaire.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Dr NARANZI.—Bon DE COLLONGUE

Annexe au procès-verbal de la 28me Séance.

NOTE ADDITIONNELLE

au texte du chapitre II (*Hygiène navale*) **du Rapport sur les mesures d'hygiène à prendre pour la préservation contre le Choléra asiatique.**

La Commission des mesures d'hygiène, ayant indiqué dans le chapitre de l'hygiène navale les points principaux sur lesquels il serait convenable d'appeler l'attention des Gouvernements, a exprimé le vœu que chaque pays rédigea un *Manuel* à l'usage de la marine marchande formulé sur ces points principaux. Mais la Conférence croyant utile de poser plus explicitement les bases d'un tel *Manuel*, la Commission s'est chargée de cette tâche et présente dans cette Note additionnelle au chapitre de l'hygiène navale les considérations qui doivent être généralement adoptées comme bases des mesures à prendre pendant le choléra et pouvant être insérées dans le Manuel à l'usage de la marine marchande, sans pourtant entrer dans des détails qui ne pourraient trouver leur place que dans un réglement.

La Commission a en vue surtout les navires destinés au transport de grandes agglomérations d'hommes (p. e. d'émigrants) comme les navires les plus propres à transporter l'épidémie; *mutatis mutandis* les mesures indiquées pour ces navires s'appliqueront facilement à tout autre bâtiment.

Nous suivrons dans cet aperçu le même ordre que dans le Rapport en divisant les mesures proposées en mesures de l'hygiène du départ et mesures de l'hygiène de la traversée, mais nous laisserons de coté les mesures de l'hygiène à l'arrivée parceque, pour un navire venant d'un port infecté par le choléra, celles-ci dépendent de l'administration quaranténaire et seront, par conséquent, traitées par une autre Commission; en revanche nous ajouterons quelques considérations sur:

Les navires mouillés dans un port contaminé. — Nous ne répéterons pas ici les préceptes de l'hygiène générale concernant toutes les mesures de préservation individuelle, non plus que les règles générales de l'hygiène navale concernant la propreté du bâtiment, sa ventilation etc, mais nous indiquerons seulement quelques points qui devront être pris en considération dans un port contaminé.

Ainsi nous recommandons dans ce cas comme mesures préservatives:

1. *Relativement au mouillage*, d'éviter le mouillage près d'un égoût aboutissant au port; de ne point amarrer le navire à la terre, autant que possible, mais d'en jeter l'ancre au contraire le plus loin possible; d'éviter enfin que plusieurs bâtiments se trouvent ancrés trop près l'un de l'autre.

2. *De soigner tout spécialement la sentine* et en enlever journellement l'eau après l'avoir désinfecté; les même mesures de désinfection doivent être prises pour les lieux d'aisance pendant toute l'épidémie.

3. *De ne pas faire usage et surtout de ne pas boire de l'eau de la rivière dans laquelle sont mouillés des navires*, du moins de l'eau puisée dans le voisinage ou au dessous du lieu de mouillage. Il serait même bien d'éviter tout à fait pendant l'épidémie de faire aiguade aux rivières qui passent par une grande ville.

4. *De veiller sur la santé de l'équipage* par des visites d'inspection répétées deux fois par jour par un médecin ou par le capitaine afin de constater s'il existe des cas de diarrhée. Tout malade de diarrhée devrait être transporté à l'hôpital et encore plus, chaque cas de choléra confirmé éclaté a bord; si, par une cause quelconque (épuisement du malade etc), le transport n'était pas possible, le malade doit du moins être séparé à bord du reste de l'équipage et couché dans un lieu accessible à une ample ventilation. Quant à la désinfection des vases qui reçoivent les déjections du malade, ou celle de ses effets et de la cabine dans laquelle il a été couché etc, elle suit les règles générales posées par nous pour la désinfection des navires. Le navire atteint par le choléra doit être éloigné autant que possible des autres et en certains cas il peut même être préférable de lui faire prendre le large.

Le chargement du bâtiment ne devrait-il pas être suspendu s'il y a du choléra à bord jusqu'à ce que le navire soit evacué des malades et la désinfection voulue operée? La Commission le croit nécessaire.

Police Sanitaire du départ. Chaque navire partant d'un port infecté offre un double danger : celui de voir éclater le choléra à son bord et celui de transporter la maladie à un port encore indemne. La tâche de l'administration du port de départ est de parer dans les limites du possible à ces deux dangers et sous ce rapport elle devra porter son attention sur les point ci-après :

1. *L'état de salubrité du navire et sa capacité.* Quant à l'un comme à l'autre nous n'avons rien à ajouter à ce que nous en avons dit dans notre Rapport si ce n'est qu'en partant d'un port où règne le choléra on ferait bien de réduire encore le nombre de passagers autorisé par la loi en temps ordinaire proportionnellement au tonnage du navire, pour éviter, autant que possible, l'encombrement et pour avoir la possibilité de séparer les malades des bien portants en cas d'invasion du choléra à bord. Autant dans le but de préserver les passagers des conditions fâcheuses d'encombrement et d'autres causes d'insalubrité, que dans celui de réstreindre l'émigration en masse d'un port déjà compromis il conviendrait peut être d'interdire pendant la durée de l'épidémie le transport de passagers aux navires marchands, c'est-à-dire à ceux destinés seulement au transport de marchandises. Nous laisserons à décider à chaque Gouvernement si dans ce second but on ne pourrait pas aller, dans des cas spéciaux, jusqu'à limiter considérablement l'embarquement des passagers de pont sur les paquet-bots.

2. *L'état sanitaire des hommes à embarquer.* Nous avons déjà dit dans le Rapport que le bon état de santé des hommes de l'équipage ainsi que des passagers doit être constaté sévèrement par un médecin. L'embarquement de sujets offrant des symptômes suspects, sera interdit ; toute diarrhée aigüe sera considérée comme suspecte ; quant aux diarrhées chroniques, comme elles surviennent surtout dans les pays chauds (par exemple dans l'Inde) et pour lesquelles souvent le seul moyen de salut est de changer d'air, on pourrait faire une exception en leur faveur, malgré l'endémicité du choléra, si leur nature chronique est constatée par un médecin.

3. *La qualité des provisions du navire.* Outre la quantité suffisante et la qualité irréprochable de l'eau et des vivres exigées en tout temps, il faudrait durant l'épidémie et surtout sur des bateaux ayant à bord des femmes et des enfants, éviter autant que possible, des aliments reconnus indigestes qui en amenant des troubles dans les voies digestives, pourraient favoriser l'explosion du choléra.

4. *La qualité des effets à usage.* Il faudrait interdire d'embarquer des vêtements ou du linge sales en y comprenant le linge porté par les individus embarqués ayant pu être souillés par des déjections cholériques ; leur lavage préalable et s'il y a lieu leur désinfection doivent être obligatoires et imposés comme condition à l'embarquement.

5. *La qualité des marchandises.* Outre l'accomplissement des conditions générales de salubrité des marchandises, exigées dans notre Rapport, on devrait interdire dans un port où règne le choléra l'embarquement de certains articles susceptibles au transport des maladies transmissibles plus que d'autres marchandises ; à cette catégorie d'objets dangereux appartiennent par exemple les peaux et encore plus les hardes, chiffons et drilles ayant peut-être servi à des cholériques. Les trois derniers articles ne devraient pas, même

après l'extinction de l'épidémie, être exportés qu'après une désinfection suffisante. L'embarquement des animaux vivants (comme objet de commerce) sur un navire transportant des passagers devrait être interdit à cause de l'encombrement et des sources d'infection encore augmentées par une telle surcharge et ses émanations.

6. *Les effets à usage des passagers et de l'équipage doivent être gardés dans un lieu tout à fait séparé de celui destiné aux marchandises* pour ne pas exposer les dernières à être contaminées par les premiers.

7. Enfin *la présence d'un médecin à bord* de chaque navire transportant un certain nombre de personnes (soit équipage soit passagers) à une certaine distance doit être obligatoire surtout en temps d'épidémie. L'observation de la même règle serait désirable pour des bâtiments transportant des pèlerins si toutefois son exécution y est possible.

Police sanitaire de la traversée. — Elle comprendra : 1° les mesures pour prévenir l'invasion du choléra et 2° les mesures à prendre en cas d'attaques du choléra à bord.

Sous le premier point de vue nous recommandons :

1. *Une surveillance rigoureuse de l'état sanitaire des passagers et de l'équipage* et à cet effet des visites d'inspection journalières par le médecin de bord ou par un officier de bord. Pour faciliter cette surveillance l'équipage et les passagers devront être informés par des *instructions* affichées dans les cabines etc., de l'importance de certaines mesures hygiéniques et surtout du danger d'une diarrhée négligée.

2. *Une ventilation continuelle de tout le navire* et surtout des cabines, du gaillard d'avant et de l'entrepont occupé par les passagers.

3. *Une aération fréquente des effets à usage des passagers et de l'équipage,* qui est d'autant plus nécessaire que c'est presque le seul moyen possible à bord d'un navire d'éviter le danger, provenant des émanations de ces effets souillés, le lavage du linge sale n'étant guère praticable pendant la traversée sur un bâtiment contenant un grand nombre de passagers. Afin d'éviter tout danger qui peut provenir de cette aération on aura soin d'exposer ces effets à usage à l'action de l'air libre toujours sous le vent du navire.

4. *D'entretenir la propreté des lieux d'aisance avec des soins minutieux ;* ils seront lavés chaque jour à plusieurs reprises et en ajoutant même à l'eau des désinfectants.

Sous le second point de vue nous insistons sur :

1. *La séparation des malades.* Il serait désirable d'éloigner, autant que possible, tout malade des hommes bien portants ; mais comme l'espace limité d'un navire ne le permettra pas pour la plupart, il faut du moins séparer les malades présentant des cas de choléra constaté. L'on tâchera d'établir pour eux une espèce d'infirmerie isolée et, si la saison et le temps le permettent, située sur le pont même ou dans tout autre endroit accessible à une ample ventilation.

2. *Des mesures de désinfection immédiate ;* ces mesures doivent porter non seulement sur les déjections des malades, leur linge et effets à usage et leur literie, mais encore sur toute la cabine ou autre lieu qu'ils ont habité, duquel toutes les choses (meubles etc.) non strictement nécessaires à l'usage du malade devraient être éloignées dès le début de l'attaque. Une cabine qui a servi à un malade ne devra être réoccupée

qu'après sa désinfection et sa ventilation continuée pendant une semaine.

3. *Certaines mesures de précaution pour les personnes souffrant de diarrhée ;* on ne devrait pas laisser ces dernières se servir des lieux d'aisance communs à tous les passagers, mais leur assigner un lieu à part qui serait lavé avec addition de désinfectants plusieurs fois par jour.

4. *La Constatation dans le Journal du bord de tous les cas de maladie survenue pendant la traversée.* Le médecin doit tenir de son côté et sous sa responsabilité un *Journal* semblable, écrit par lui et constatant, outre les cas de maladie, toutes les conditions hygiéniques du navire pendant la traversée comme nourriture, propreté, ventilation etc.

En terminant nous croyons devoir émettre encore un avis sur la question :

Si le choléra éclate à bord pendant la traversée, vaut-il mieux continuer le voyage ou relâcher dans un port?

La solution de cette question dépend de plusieurs considérations dont nous ne pouvons mentionner que les principales sans vouloir toutefois leur attribuer une valeur absolue ; elles pourront servir de guide aux capitaines pour prendre une décision. La continuation du voyage ne nous semble pas augmenter le danger et serait même peut-être sous ce point de vue préférable à la relâche :

1. Si l'équipage et les passagers ont déjà subi l'influence de l'atmosphère cholérique.

2. Si les parages dans lesquels le bâtiment se trouve ou la saison, permettent de jouir d'une ample et continuelle ventilation.

3. Si l'état de salubrité du navire est satisfaisant et si surtout l'encombrement n'est pas considérable de manière à permettre la séparation des malades.

Dans les conditions contraires le retour au port de départ ou la relâche dans un autre port seraient préférables,

Après tout ce que nous venons de dire nous concluons qu'il faut éviter les inconvénients et les dangers provenants : *d'une mauvaise place de mouillage, de l'eau potable et des provisions mal choisies, de l'encombrement, de l'état sanitaire des hommes embarqués, de l'état des effets à usage, de la qualité des marchandises, du manque de séparation des malades, du défaut de ventilation du navire et de l'aération des effets à usage et surtout du manque de propreté des lieux d'aisance.*

Galata-Seraï, le 20 Août 1866,

IMPRIMERIE M. DE CASTRO.—Galata, rue Billour, No 4.

N° 29.

SÉANCE DU 25 AOUT 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 25 août, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa vingt-neuvième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. VETSERA, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur SOTTO, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour la Belgique :

M. le comte de NOIDANS, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria SEGOVIA, consul général, chargé d'affaires;

M. le Docteur MONLAU, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur IGNACE SPADARO ;

Pour la France :

M. le comte de LALLEMAND, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur GOODEVE, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. DICKSON, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople;

Pour la Grèce :

M. le Docteur G. A. MACCAS, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. VERNONI, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur FRÉDÉRIC BOSI ;

M. le Docteur G. SALVATORI, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. KEUN, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur MILLINGEN, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

MIRZA-MALKOM-KHAN, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur SAWAS EFENDI, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

M le conseiller Docteur Bernardino Antonio GOMEZ, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le B[on] Testa, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Lenz, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

La séance est ouverte à midi.

Le procès-verbal de la 28[me] séance est lu par M. le D[r] Naranzi, l'un des secrétaires, et adopté après quelques rectifications faites séance tenante.

M le C[te] de Lallemand, en sa qualité de président de la Commission chargée de l'étude des mesures à prendre en Orient pour prévenir de nouvelles invasions du choléra en Europe, dépose sur le Bureau le rapport de cette Commission *(annexe au présent procès-verbal.)*

La dicussion en est mise à l'ordre du jour de la séance du lundi 27 août.

M. le D[r] Lenz donne lecture de la note que, dans sa séance du 16 août, la Conférence à jugé nécessaire d'ajouter au chapitre II *(hygiène navale)* du

rapport sur les mesures d'hygiène à prendre pour la préservation contre le choléra.

M. le D. Sotto appelle, à propos du § 3 *(qualité des provisions des navires)* de la section de cette note relative à *la police sanitaire du départ* l'attention de la Conférence sur la question des vivres destinés à la nourriture de l'équipage. On fait encore usage de la viande salée à bord d'un certain nombre de navires; on devrait y renoncer en temps d'épidémie et, au moins pour les courtes traversées, recommander l'emploi de la viande fraiche.

M. le Dr Bykow croit que dans le § 4 de la section *de la police sanitaire de la traversée,* il eût été bon, après avoir recommandé d'entretenir la propreté des lieux d'aisance, d'insister sur l'importance qu'il y a à ce que le nombre en soit proportionné à celui des passagers. L'année dernière, pendant l'épidémie, un des navires de la compagnie Russe de navigation avait à bord 600 passagers de pont. Les deux seules latrines qui fussent affectées à ces passagers étant littéralement assiégées, il était impossible d'y entretenir la propreté nécessaire et de les désinfecter. Il se produisit des cas de cholérine et on dût installer des latrines provisoires. Immédiatement les cas de cholérine disparurent. M. le Dr Bykow tient ces détails du commandant du ce navire où le fait s'est produit.

M. le Dr Fauvel pense que dans la même section de la *police sanitaire de la traversée* et après avoir conseillé l'aération comme moyen de désinfection des effets à usage, il eût été intéressant de parler aussi de la calorification. Ne pourrait-on pas installer à bord des navires à vapeur une sorte d'étuve communiquant avec la machine, où les effets souillés seraient soumis à l'action de la vapeur? C'est là une question dont la Conférence s'est déjà occupée et qu'elle a jugée digne d'être étudiée.

MM. les Drs Sotto, Bykow et Fauvel se bornant à demander que les observations qui précèdent soient consignées au procès-verbal, M. le Président met aux voix la note additionnelle destinée à compléter le chapitre II du Rapport de la 1re Commission. Elle est adoptée à l'unanimité.

La conclusion de ce chapitre dont le vote avait été ajourné (voir procès-verbal n° 25) est également adoptée à l'unanimité moins quatre abstentions. (MM. Dr Millingen, Bon Testa, Dr Mühlig et Dr Salem Bey).

Des félicitations sont adressées, sur la proposition de M. le Dr Dikson, à M. le Dr Monlau, rapporteur de la 1re Commission, ainsi qu'à tous les membres de cette Commission.

M. le Cte de Lallemand, ainsi qu'il avait à la précédente séance annoncé l'intention de le faire, remet sur le tapis la question de la réforme du tarif des droits sanitaires dans les Ports Ottomans M. le Cte de Lallemand demande, en se référant à sa communication du 31 mai, qu'une Commission soit nommée pour l'examen de cette question sur les bases indiquées dans la communication précitée.

M. Vetsera fait connaître qu'à la suite de la communication faite par M. le Cte de Lallemand à la séance du 31 mai, il avait demandé des instructions à Vienne à l'effet de savoir si le Gouvernement Impérial considérait on non ses délégués à la Conférence comme compétents pour discuter le tarif des droits de quarantaine dans les Ports Ottomans. La réponse du Gouvernement Impérial ayant été négative, M. Vetsera déclare que ni lui ni son collègue, M. le Dr Sotto, n'ont qualité pour prendre part à la discussion qui pourra être ouverte par rapport à cette question.

M. Vernoni annonce que les délégués Italiens ont reçu des instructions analogues La Légation Royale a d'ailleurs été chargée de suivre directement avec la Sublime Porte cette importante affaire, et il y a lieu d'espérer qu'on arrivera bientôt à une solution satisfaisante.

M. le Dr Goodeve déclare que les délégués de la Grande Bretagne ne sont pas non plus autorisés à traiter la question.

M. le Dr Maccas fait la même déclaration pour les délégués de Grèce.

M. le Dr Pelikan n'a pas encore reçu les instructions qu'il s'était empressé de demander à St-Pétersbourg.

M. le Dr Millingen fait connaître que les délégués des Pays Bas se trouvent dans le même cas.

M. le Bon Testa (pour la Prusse), M. le Dr Sawas (pour la Perse), M. Stenersen (pour la Suède et Norvège), M. le D. Gomez (pour le Portugal), M. Segovia (pour l'Espagne), M. le Cte de Noidans (pour la Belgique), M. le Dr Spadaro (pour le St-Siège), déclarent au contraire qu'ils sont autorisés par leurs gouvernements respectifs à prendre part à la discussion.

S. Exc Salih effendi rappelle que les revenus de l'administration sanitaire Ottomane ne s'élèvent qu'au quart de la dépense et qu'il est impossible de faire supporter plus longtemps au trésor de l'empire une aussi lourde charge. Pour se préserver des invasions du fléau asiatique, il faut employer deux sortes de moyens, les moyens quarantenaires et les moyens hygiéniques ; tous deux exigent des dépenses considérables, or la Turquie

a non seulement à se préserver elle-même, mais encore, par suite de sa position géographique, à préserver l'Europe. Ces considérations et d'autres sur lesquelles S. Exc Salih effendi croit inutile de revenir, rendent indispensable une augmentation du tarif des droits sanitaires actuellement perçus dans les ports de l'empire. Il faut que ces droits soient mis en harmonie avec les dépenses, dépenses dont toute l'Europe profite, si l'on veut que la Turquie puisse exécuter les mesures sanitaires que la Conférence a pour mission d'élaborer.

M. Segovia fait remarquer que la Conférence se trouve dans de mauvaises conditions pour discuter une aussi grave question ; les vœux qu'elle exprimera n'auront-ils pas perdu beaucoup de leur valeur lorsque pour une raison ou pour une autre les délégués de plusieurs puissances et précisément ceux des puissances telles que l'Angleterre, la Grèce, la Russie l'Autriche et l'Italie qui, sont en raison de l'importance de leur navigation, les plus intressées, n'auront pas pris part à la discussion. M. Segovia se demande d'ailleurs sur quelles bases on pourra calculer la quotité des droits à établir sans s'immiscer dans les détails de l'administration Ottomane, ce qu'il n'appartient pas à la Conférence de faire. L'Espagne admet en principe la justice et la nécessité de l'augmentation des droits actuellement perçus, mais de même que quelques-unes des puissances représentées à la Conférence, elle n'a pas ou pour ainsi dire pas de rapports maritimes avec la Turquie; quelle sera l'autorité de ses délégués lorsqu'on discutera les questions de chiffres, possèdent-ils les données nécessaires pour le faire en connaissance de cause ? M. Segovia ne le croit pas.

M. le Dr Fauvel n'admet pas la distinction que M. Segovia prétend établir en pareille matière entre les diverses puissances en raison de l'importance de leur navigation. Les décisions de la Conférence n'ont jamais été prises qu'à la majorité des voix des délégués présents, abstraction faite des puissances qu'ils représentent, encore plus de leur importance. Les votes de chaque délégué ont et doivent avoir la même valeur ; or, si l'on compte le nombre de ceux qui admettent la compétence de la Conférence, on voit qu'il dépasse celui des membres qui s'abstiennent, sans compter que parmi ces derniers, il en est dont l'abstention provient uniquement d'un manque d'instructions. Moins que jamais la valeur des votes ne saurait dans le cas présent être calculée d'après l'importance du commerce. Les charges doivent être proportionnées aux bénéfices et si le commerce maritime de la

Turquie se trouve presque tout entier entre les mains de quelques puissances seulement, ces puissances y trouvent des avantages qui ne sauraient entrer en parallèle avec le préjudice si minime que pourra leur causer l'élévation de droits évidemment insuffisants. M. le D[r] Fauvel rappelle enfin qu'il ne s'agit pas seulement de protéger la Turquie, mais l'Europe tout entière et qu'à ce point de vue, toutes les puissances de l'Europe sont également intéressées à ce que la Turquie ait une bonne organisation sanitaire.

M. le D[r] Sawas appuie ces observations. Les recettes de l'administration sanitaire ne couvrent, comme on le sait, qu'un quart des frais ; Pour qu'elle puisse continuer à fonctionner, il est indispensable de remédier à un pareil état de choses : qui veut la fin veut les moyens. Les délégués Persans ont d'ailleurs le droit d'élever la voix dans une pareille discussion ; leur pays n'a pas, il est vrai, de navires qui fréquentent les Ports Ottomans, mais toutes les marchandises qui viennent en Perse passent par la Turquie ; si on élève les droits sanitaires, le nolis des navires qui les apportent augmentera en proportion et par conséquent aussi le prix des marchandises elles-mêmes. La Perse est donc elle aussi sous ce rapport intéressée dans la question.

Le D[r] Salem bey croit que les considérations qui viennent d'être exposées ont suffisamment démontré la nécessité de la réforme du tarif sanitaire Ottoman pour qu'il soit besoin d'insister à cet égard. On sait avec quel empressement et aux prix de quels sacrifices le Gouvernement Egyptien a appliqué, cette année, lors du retour des pèlerins de La Mecque, les mesures de précaution conseillées par la Conférence ; il n'est que juste d'aviser aux moyens de mettre les recettes de l'administration sanitaire en rapport avec les charges nouvelles qu'elle va se trouver avoir à supporter dans l'intérêt de tous.

M. le Prof. Bosi ne croit pas qu'on puisse nier que les puissances maritimes dont les navires auront à supporter les droits qu'il s'agit d'élever, ne soient pas les seules réellement intéressées dans la question. Lorsqu'en 1838 on institua en Turquie un service sanitaire, les puissances maritimes intéressées furent, en tous cas, les seules qui intervinrent dans les négociations pour la fixation du tarif. Le gouvernement Italien a pensé de même que les autres gouvernements qui ont donné pour instructions à leurs délégués de s'abstenir, et ce sont les états qui concourent pour la part la plus importante au mouvement maritime des Ports Ottomans, qu'une

Conférence où figurent les délégués des puissances qui n'ont pas de navigation dans le Levant fût compétente lorsqu'il s'agit d'une nouvelle imposition à établir sur la navigation étrangère. Les décisions de la fraction de la Conférence qui s'est prononcée pour la compétence ne sauraient évidemment obliger les Gouvernements dont les délégués s'abstiennent de prendre part à la discussion.

M. le C[te] de Lallemand répond à M. le Prof. Bosi que les intéressés doivent certainement être entendus, mais que c'est aller trop loin que de prétendre qu'ils doivent être les seuls juges du débat. Revenant ensuite sur l'observation faite précédemment par M. Segovia que la Conférence est dépourvue des renseignements nécessaires pour se prononcer en connaissance de cause, M. le C[te] de Lallemand fait observer que ces renseignements elle les possède en partie, et qu'en tout cas il sera facile de se les procurer. La Conférence pourra au surplus s'assurer de l'insuffisance des droits sanitaires inscrits au tarif ottoman rien qu'en les comparant avec les droits perçus dans les ports des autres états de l'Europe, c'est la manière de procéder à la fois la plus simple et la plus convaincante.

M. le D[r] Sawas demande qu'il soit immédiatement procédé à la nomination de la Commission : la question de la compétence n'est plus à discuter après que la majorité de la Conférence s'est prononcée.

M. Vernoni n'admet pas que les instructions données par certains gouvernements à leurs délégués suffisent à établir la compétence de la Conférence.

M. le D[r] Monlau croit inutile la nomination d'une Commission : l'insuffisance du tarif des droits sanitaires ottomans est un fait assez démontré pour que la Conférence puisse émettre une opinion immédiatement. Tout ce qui touche à l'administration intérieure lui est d'ailleurs interdit et elle ne peut donc entrer dans les détails de la question. Les délégués Espagnols ne voteront que sur le principe de l'augmentation du tarif, en exprimant le vœu que la solution de cette affaire soit accélérée autant que faire se pourra.

M. le D[r] Fauvel fait observer que c'est là une véritable fin de non-recevoir. Tout le monde reconnait qu'il est juste d'augmenter le tarif actuel, ce qu'on demande à la Conférence est précisément d'examiner le nouveau tarif proposé dans ses détails.

M. Keun déclare que n'ayant pas encore reçu les instructions qu'il a

demandées, il n'a pu prendre part à cette discussion et qu'il doit même protester d'avance contre toutes les décisions qui pourraient être prises pour le cas où son gouvernement ne reconnaîtrait pas la compétence de la Conférence. M. Keun croit quant à lui que la question du tarif des droits sanitaires Ottomans, question qui est pendante depuis dix ans, est une affaire à débattre entre la Sublime Porte et les puissances intérressées par la voie diplomatique.

M. Stenersen trouve que quoiqu'on ait pu dire il est impossible d'admettre que les parties non intéressées puissent être bons juges dans cette affaire. La Conférence, tout en abordant la discussion du tarif, ne peut voir sans un vif regret que les Délégués des puissances principalement intéressées ne soient pas autorisées à y prendre part.

Quelques membres demandant la clôture de cette discussion, la Conférence consultée décide par 13 voix pour qu'il y a lieu de nommer une commission pour l'examen du projet de tarif sanitaire annexé à la communication faite par MM. les Délégués de France à la séance du 31 mai.

Ont voté pour :

MM. le Dr Spadaro, Comte de Lallemand, Dr Fauvel, Malkom Khan, Dr Sawas, Ch^er^ Pinto de Soveral, Dr Gomès, Bon Testa, Dr Muhlig, Stenersen, Dr Bon Hübsch, Dr Bartoletti et Dr Salem bey.

MM. Vetsera, Dr Sotto, Segovia, Dr Monlau, Dr Goodeve, Dr Dickson, Dr Maccas, Vernoni, Prof. Bosi, Keun, Dr Millingen, Dr Pélikan, Dr Bykow, déclarent s'abstenir.

M. le Dr Monlau fait observer que le résultat de la votation ne donne par la majorité *absolue* nécessaire pour que la Conférence prenne une décision ; il demande que ce vote soit annulé ou du moins qu'il soit constaté au procès-verbal que les 13 voix pour la nomination de la Commission ne constituent à son avis, ni la majorité des délégués présents (26), ni même la majorité des Puissances représentées.

Sont désignés pour faire partie de la Commission, MM. le Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Sawas, Ch^er^ Pinto de Soveral, Bon Testa, Stenersen, Dr Bartoletti.

La séance est levée à 4 1|2.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Bon de Collongue.—Dr Naranzi.

ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL N° 29.

RAPPORT

SUR

LES MESURES A PRENDRE EN ORIENT

POUR

prévenir de nouvelles invasions du choléra en Europe

Fait par une Commission composée de MM. le Comte de Lallemand président, Kalergi secrétaire, de Krause, Vernoni, *diplomates,* et de MM. les Drs. Bosi, Bykow, Fauvel, Polak, Salem, Sotto et Van-Geuns, *médecins* (1).

Dr. A. Fauvel, *rapporteur.*

Messieurs,

Les questions dévolues à la 3ème Commission comprennent l'étude du plus important des problèmes soumis à la Conférence. Rechercher jusqu'à quel point il est possible de prévenir de nouvelles invasions du choléra indien en Europe et indiquer les mesures praticables qui conviendraient le mieux pour obtenir ce résultat. Tel est le problème. Pour le résoudre la Commission a pensé qu'il convenait de l'étudier

(1) MM. de Krause, Van-Geuns et Polak ont dû quitter Constantinople avant que la Commission eût achevé son travail. Les deux premiers de ces Messieurs n'ont pris part qu'à la discussion des deux premières questions.—M. Polak est parti dans le cours de la discussion sur le pèlerinage de La Mecque.

dans l'Inde d'abord, c'est-à-dire au foyer originel de la maladie, puis dans les pays intermédiaires que le choléra traverse avant de parvenir en Europe, et où il serait à désirer qu'on pût établir des barrières efficaces.

La Commission a donc divisé son travail en deux parties principales, l'une traitant des mesures à prendre dans l'Inde, et l'autre de celles à prendre dans les pays intermédiaires entre l'Inde et l'Europe. Puis elle a réparti méthodiquement dans ces deux chapitres toutes les questions qui lui ont paru se rattacher au problème à résoudre. Cependant la Commission a jugé utile de faire précéder l'étude des questions comprises dans ces deux chapitres de celle de deux autres, dont la solution préliminaire lui a semblé indispensable à l'objet de son travail.

CHAPITRE 1er

Questions préliminaires.

I

La première de ces questions préliminaires est la suivante :

Si l'on pèse, d'un côté, les inconvénients qui résultent, pour le commerce et pour les relations internationales, des mesures restrictives, et, de l'autre, la perturbation qui frappe l'industrie et les transactions commerciales à la suite d'une invasion de choléra, de quel côté croit-on que pencherait la balance ?

Cette question suppose résolue par l'affirmative celle de l'efficacité des mesures de quarantaine contre l'importation du choléra ; autrement il est clair qu'elle n'aurait pas de raison d'être. Or cette réponse affirmative ayant été déjà donnée par une autre Commission, nous n'avons pas y revenir pour le moment ; nous nous réservons toutefois, en traitant la question qui va suivre, de mettre en évidence les conditions diverses qui font que les mesures de quarantaine n'ont pas toujours à beaucoup près la même efficacité, ni par conséquent le même degré d'utilité.

L'efficacité de mesures quarantenaires convenablement appliquées étant admise d'une manière générale, il s'agit d'abord, pour répondre à la question posée, d'énumérer les inconvénients propres à ces mesures.

Considérés à une point de vue d'ensemble, ces inconvénients sont en rapport avec l'extension plus ou moins grande de la maladie et avec l'activité et l'importance des relations des contrées soumises aux mesures restrictives avec les autres pays.

Ainsi, il est évident que si le choléra occupe un foyer restreint, le dommage résultant de mesures restrictives, même très sévères, ne sera, en définitive, par rapport au reste du monde, qu'un dommage limité aux relations réciproques de ce foyer restreint avec les autres pays; tandisque si le choléra s'est généralisé, si, par exemple, il a envahi le bassin de la méditerranée où les rélations sont si nombreuses, si actives, si impérieusement nécessaires, le dommage atteindra des proportions considérables, qui iront se multipliant, et d'autant plus qu'alors l'efficacité des mesures préventives deviendra moins certaine, par l'impossibilité de les appliquer d'une manière utile sur tous les points par où peut pénétrer la maladie. Tout cela est tellement manifeste que la Commission ne croit pas nécessaire d'y insister davantage.

Venons à l'énumération des inconvénients étudiés en eux-mêmes. Envisageons les d'abord dans les localités soumises aux mesures restrictives.

Un pays mis en quarantaine voit de suite ses relations troublées, son commerce d'exportation entravé par les obstacles qu'il rencontre dans les pays où les mesures restrictives sont en vigueur. Le préjudice est d'autant plus grand que les mesures sont plus sévères et qu'elles sont moins prévues. Au dommage causé par la perte de temps s'ajoute celui des frais de quarantaine qui augmentent le prix des marchandises. Les formalités quarantenaires ont pour effet de diminuer l'émigration des pays atteints de choléra; mais ont-elles pour résultat d'aggraver le préjudice causé par l'épidémie elle-même? Il n'en saurait être ainsi que dans la supposition où elles augmenteraient la misère dans le pays qu'elles frappent. On conçoit une telle conséquence si les mesures devaient être permanentes, parce qu'à la longue elles appauvriraient ce pays; mais les épidémies de choléra sur un point donné ne sont ordinairement pas longues, et par suite les restrictions qu'elles entraînent sont transitoires; de sorte qu'il est évident que quand le choléra sévit dans une localité, c'est la maladie qui y augmente la misère et non la quarantaine dont les provenances de cette localité sont frappées.

Le fait est que le dommage causé en pareil cas, se réduit à un trouble momentané, à une perte d'argent proportionnée à l'importance des relations du pays atteint, et à la sévérité, ainsi qu'à l'imprévu des mesures restrictives. Et encore convient-il d'ajouter ici que d'honorables négociants ont fait remarquer à la Commission qu'une fois la quarantaine levée, le commerce reprenait de suite une activité qui pouvait compenser la perte subie précédemment.

Les inconvénients des mesures restrictives sont principalement ressentis dans les pays qui les imposent. En effet, ces pays, pour se préserver d'un mal qu'ils redoutent, frappent volontairement leurs propres transactions d'entraves dont le résultat est une diminution temporaire dans l'activité de ces transactions et un véritable impôt sur leur commerce.—Si la restriction ne s'applique qu'à un point limité le préjudice peut n'être pas bien grand, mais si, comme nous l'avons dit plus haut, la restriction s'applique à un grand nombre de points, et si le pays vit principalement de relations commerciales, le dommage peut atteindre des proportions sérieuses, et cela d'autant plus que, dans cette circonstance, il ne s'agit plus d'une seule épidémie circonscrite dont on peut calculer la durée, mais d'une série d'épidémies qui se succèdent et peuvent prolonger beaucoup le dommage. Il faut donc que dans ce cas le bénéfice de la mesure soit proportionné au mal qu'elle produit.

A la vérité le grand dommage ici ne tient pas tant à la mesure en elle-même, réduite à son application utile, qu'aux vices de l'application et au défaut d'entente entre les différents Etats. Enfin, de l'avis des personnes compétentes et intéressées, il est incontestable que, dans les pays compromis, le trouble temporaire dans les relations, qui accompagne les mesures restrictives, est compensé par le redoublement d'activité qui suit leur cessation.

Voyons à présent quelles sont les conséquences d'une épidémie de choléra.

Quand un pays est en proie à une épidémie de choléra il y a d'abord à considérer la désolation causée par les ravages de la maladie ; puis les troubles qu'elle y porte dans les relations sociales et dans toutes les affaires. Sous ce dernier point devue une épidémie grave de choléra est un grande calamité. Sous son influence, commerce et industrie sont immédiatement suspendus ; nulle autre préoccupation pour la masse du public que celle d'échapper à la mort ; transactions réduites aux choses d'absolue nécessité ; souvent disette ; toujours misère rapidement croissante pour le peuple; et la ruine serait bientôt à craindre pour une cité commerçante ou industrieuse si une pareille situation se prolongeait, ou si elle se répétait souvent. De l'aveu des négociants que nous avons consultés le dommage occasionné au commerce par les mesures restrictives n'est rien comparé aux maux incalculables causés par les perturbations d'une épidémie comme celle qui a régné l'année dernière à Constantinople, et dont les fâcheux effets sont loin d'être réparés. Le pays atteint de choléra souffre doublement, qu'on ait pris ou non des mesures de quarantaine contre lui. Il souffre de la maladie et puis dans ses intérets commerciaux. Il est à remarquer que ce ne sont pas les commerçants qui se plaignent le plus des mesures restrictives ; parceque le commerçant calculateur y voit le moyen d'éviter un plus grand dommage

pour son commerce, mais que ce sont surtout les gens de loisir, les touristes dont ces mesures contrarient les pérégrinations.

L'influence désastreuse d'une épidémie de choléra en Europe n'est pas limitée aux pays atteints; elle a son retentissement naturel, non seulement dans ceux qui cherchent à se garantir par des mesures de quarantaine, mais encore dans ceux qui croient bon de n'opposer aucune barrière au fléau. Ces derniers en réalité—indépendamment des ravages de la maladie—souffrent par deux causes, par la diminution forcée de leurs relations commerciales avec les pays malades où les transactions sont paralysées, et par le fait des mesures prises par les pays voisins avec lesquels ils ont des relations obligées. Demandez à l'Angleterre si, l'an dernier, bien qu'elle n'eut institué chez elle aucune restriction, son commerce n'a pas souffert de l'épidémie qui régnait sur les bords de la méditerranée et des restrictions qui s'y pratiquaient? Ainsi le choléra par lui-même est une cause de grand préjudice pour le commerce, et il ne suffit pas d'admettre en libre pratique les provenances de choléra pour échapper aux inconvénients des mesures de quarantaine. Il faudrait pour cela n'avoir pas de rapports avec les pays où elles sont en vigueur, ou bien qu'elles ne fussent usitées nulle part.

Donc si l'on peut, par des mesures convenables, arrêter la marche envahissante du choléra, il y aura tout intérêt à les prendre, puisqu'elles n'aggraveront pas le trouble des transactions avec les pays atteints et qu'elles feront éviter le préjudice causé par les ravages de la maladie; et comme on n'obtiendra jamais que les pays qui sont le plus exposés au choléra, et qui croient que l'intéret dominant pour eux est de s'en garantir, s'abtiennent de telles mesures, il s'en suit qu'il est d'intéret commun qu'une entente internationale s'établisse à ce sujet.

Ce qu'il faut éviter, c'est l'emploi de mesures arbitraires, imprévues, et surtout de mesures inefficaces qui ne font que compliquer la situation sans utilité pratique. Il importe de porter le remède là où le mal est attaquable, c'est à dire là où, avec le moins de préjudice possible, on a chance de l'arrêter dans sa marche envahissante.

Conclusion :

La Commission est d'avis que *les mesures restrictives, connues d'avance et appliquées convenablement, sont beaucoup moins préjudiciables pour le commerce et les relations internationales que la perturbation qui frappe l'industrie et les transactions commerciales à la suite d'une invasion de choléra.*

Cette conclusion a été adoptée par tous les membres de la Commision, moins Mr. Van-Geuns.

II

La seconde des questions préliminaires que la Commission a cru convenable de traiter, comme étant de nature à faciliter la solution du problème qui lui est confié, est celle-ci :

Ne faut-il pas partir du principe fondamental que plus les mesures quarantenaires et autres moyens prophylactiques sont appliqués près du foyer primitif, plus on peut compter sur leur efficacité ?

Il ne suffit pas, en effet, de déclarer que le choléra est transmissible et de dire, d'une manière générale, que les mesures de quarantaine convenablement appliquées sont efficaces contre l'importation de la maladie; il faut, pour répondre au but de la Conférence, rechercher d'abord s'il ne serait pas possible, si non d'étouffer, du moins de circonscrire le mal à son origine ; et, en tout cas, il importe d'indiquer les conditions les plus favorables à l'application des mesures propres à l'arrêter dans sa marche. Ce sont ces considérations qui ont déterminé le plan adopté par la Commission dans son travail.

Pour ce qui concerne la première partie de la tâche, on verra plus loin ce que propose la Commission pour arriver à restreindre le développement du choléra et à le circonscrire dans l'Inde ; mais comme il n'est pas probable que de long-temps encore on parvienne au résultat désiré, nous avons dû attacher une grande importance à la question des moyens restrictifs en dehors du foyer originel.

Or, s'il est vrai, comme nous l'avons dit plus haut, que les inconvénients des mesures de quarantaine augmentent avec la diffusion du choléra dans les pays civilisés, en même temps qu'alors leur efficacité diminue, il s'en suit tout naturellement que plus ces mesures seront appliquées près du foyer originel, dans des pays moins peuplés que l'Europe, où les relations sont moins actives et où existent des obstacles naturels à la marche du fléau, plus les chances de l'arrêter augmenteront et moins les mesures restrictives, fussent-elles même très sévères, seront onéreuses. De sorte que rationnellement la question posée se trouve déjà résolue, en principe, par l'affirmative.

Mais il importe maintenant d'examiner jusqu'à que point, dans les pays intermédiaires entre l'Inde et l'Europe, les mesures dont nous parlons sont praticables avec espérance de succès. Un coup d'œil rapide jeté sur la marche suivie jusqu'ici par le choléra pour pénétrer en Europe nous donnera quelque lumière à ce sujet.

Par *la voie de terre*, le choléra sort de l'Inde par les provinces du nord-ouest ; de là il envahit l'Afghanistan, puis la Perse par Hérat et Mesched. Cette dernière ville, très importante par ses relations commerciales et par ce qu'elle est le rendez-vous d'un grand pèlerinage, devient, par cela même, dès qu'elle est atteinte, un foyer d'émission considérable, d'où la maladie rayonne de divers côtés. C'est de Mesched qu'à diverses reprises le choléra s'est propagé dans la Boukarie, et que, de là, traversant les steppes de la Tartarie à l'est de la mer Caspienne et du lac d'Aral, il est parvenu en 1829 jusqu'à Orenbourg. De Mesched le rayonnement principal se fait, en raison de communications nombreuses, vers l'ouest, et la maladie ne tarde pas à gagner, par Astérabad, le littoral de la mer Caspienne et ensuite Téhéran. Ce que nous savons des épidémies de choléra en Perse nous montre que cette capitale devient à son tour un centre d'où la maladie, marchant dans plusieurs directions, tend à se généraliser; au sud, elle se dirige vers Ispahan ; au sud-ouest, par Hamadan et Kirmanschah, elle gagne la Mésopotamie ; au nord-ouest elle suit la route de Tauris, menace le territoire ottoman par Bayazid, et les provinces russes trans-caucasiennes par Nakhtchivan ; mais la voie qu'elle a suivie de préférence pour pénétrer en Russie est plus au nord, le long du littoral de la Caspienne, par Recht, Lenkeran et Bakou. Il semble résulter des communications qui nous ont été faites par M. le Dr. Bykow, d'après des documents officiels, que c'est de ces ports que le cholera a été importé par mer à Astrakan, dans les trois épidémies dont cette ville a été le théâtre. Quoiqu'il en soit, c'est par Astrakan que le choléra pénétra en Europe en 1830, et c'est encore par cette ville, et en même temps des provinces trans-caucasiennes, par le littoral de la mer noire, qu'en 1847 eut lieu la seconde invasion.

Par *la voie maritime*, le choléra est exporté de l'Inde, vers l'ouest et le nord-ouest, particulièrement des ports de la côte de Malabar, et notamment de Bombay où il est endémique. Par suite de la proximité et du nombre des relations maritimes, la côte orientale de la péninsule arabique et le littoral de tout le Golfe persique sont les rivages le plus exposés à l'importation et ceux où le choléra règne avec le plus de fréquence après l'Inde ; si bien qu'on a pu se demander si cette maladie n'était pas endémique sur tout ce littoral.

La Perse de ce côté est donc exposée aux importations maritimes du choléra, et c'est en effet par cette voie qu'il a pénétré plusieurs fois dans ce pays et qu'on l'a vu aussi, par le chatt-el-Arab, arriver à Bassora et envahir la province de Bagdad.

Sur la côte arabique, Maskat, par sa position, est un des points les plus compromis par le choléra. Les faits connus tendent aussi à établir que tout le littoral de l'Hadramouth jusqu'à l'entrée de la mer rouge est assez souvent visité par cette maladie ;

mais, sur cette côte, on doit particulièrement mentionner le port de Mokalla où les navires venant de l'Inde se ravitaillent fréquemment avant d'entrer dans la mer rouge, et qui, par là, ainsi qu'on l'a vu l'année dernière, est exposé aux atteintes du choléra et peut devenir un foyer de propagation.

Les ports de l'Inde autres que ceux de la côte de Malabar contribuent de même à l'exportation du choléra, mais, vû la distance, ce n'est pas directement vers l'ouest, c'est à dire vers l'Arabie et la mer rouge, que les provenances du Bengale, par exemple, propagent surtout la maladie; c'est, à raison de la proximité, vers le sud-est, vers la presqu'île de Malacca et les îles hollandaises que s'établit de ce côté le principal courant d'exportation cholérique. Singapore, à l'extrémité de la presqu'île malaise, mérite au point de vue qui nous occupe, une attention toute spéciale. Non seulement Singapore est un grand entrepôt commercial, mais, par ses rapports constants avec la péninsule indienne, elle paraît être aussi un entrepôt de choléra ; c'est de plus le rendez-vous d'un nombre considérable de pèlerins musulmans (en moyenne 8 à 10 mille chaque année) qui viennent de la malaisie et de tout l'archipel indien, s'y embarquer pour se rendre à la Mecque. De la sorte, Singapore devient un des grands foyers de l'exportation maritime du choléra vers la mer rouge. L'an dernier, c'est de ce point que sont partis les navires qui ont le plus souffert de la maladie pendant leur traversée ; et si l'on ajoute que l'embarquement des pèlerins s'y fait dans des conditions on ne peut plus fâcheuses,—comme cela résulte des renseignements donnés à ce sujet par nos collègues les Délégués hollandais,—on comprendra que pour le Hedjaz les provenances de Singapore doivent être comptées au nombre des plus compromettantes.

Arrivons maintenant à la mer rouge qui est l'aboutissant de ces provenances, à raison du *Pèlerinage*, en même temps qu'elle est la voie la plus courte pour l'importation maritime du choléra en Europe. L'étude des faits montre que l'importation du choléra sur le littoral de la mer rouge peut s'effectuer, ou par des navires venus directement de l'Inde—mais il semble qu'alors l'importation a eu lieu peut-être exclusivement par des navires chargés de Pèlerins—ou d'une manière indirecte par des émissions de foyers secondaires existant sur le littoral arabique. Ainsi il est certain que l'année dernière le choléra sévissait à Mokalla avant d'avoir pénétré dans la mer rouge; de sorte que l'on ne saurait affirmer qu'il ait été importé dans le Hedjaz plutôt de l'Inde directement que de Mokalla. Quoiqu'il en soit, il n'est pas douteux que le choléra ne puisse être importé directement de l'Inde jusque dans la mer rouge ; mais, cette possibilité une fois admise, il faut bien reconnaître qu'en dehors des conditions de misère et d'encombrement, telles qu'on les rencontre sur les navires chargés

de pèlerins, l'expérience a prouvé que le fait ne saurait être qu'exceptionnel.

Nous avons vu qu'en dehors de l'Inde proprement dite, les pays maritimes où le choléra régnait le plus fréquemment étaient, du côté de l'ouest, la terre d'Oman (maskat) et les rivages du golfe persique, c'est à dire les contrées les plus rapprochées de l'Inde et celles qui ont le plus de relations avec les ports indiens : d'où l'on est amené à conclure que les chances d'importation par mer du choléra diminuent avec la distance, sans toutefois être entièrement annulées. En ce qui concerne la mer rouge, l'observation de l'année dernière fait voir en effet que si l'importation directe n'y a pas été rigoureusement démontrée, elle doit être au moins considérée comme probable ; elle montre aussi qu'outre ce danger il en existe un autre plus redoudable encore, parce qu'il est plus difficile à éviter; nous voulons parler de l'importation indirecte par des foyers secondaires de la côte de l'Hadramouth.

Enfin, si le choléra est importé dans la mer rouge, si à la suite des pèlerins il pénètre dans le Hedjaz, et si, faute d'être enrayé dans sa marche, il envahit l'Egypte, le danger est aux portes de l'Europe et l'importation y est infaillible si des mesures sérieuses ne s'y opposent pas.

Après ce court aperçu reprenons la question sous le rapport des probabilités qu'il y a de pouvoir arrêter dans sa marche, soit par terre, soit par mer, le choléra sorti de l'Inde.

Par terre, nous avons dit que le choléra sortait de l'Inde par les provinces du nord-ouest et gagnait la Perse à travers l'Afghanistan. Il en est ainsi parceque de ce côté sont les seules routes fréquentées qui unissent ces divers pays ; tandisque, plus au sud et dans la contrée connue sous le nom de Bélouchistan, il y a de vastes déserts qui sont un obstacle naturel à la marche envahissante de la maladie. Le fait est que jamais on n'a signalé l'envahissement de la Perse par le choléra qui serait venu de ce côté.

Bien que les routes qui mènent du Pendjab à travers l'Afghanistan ne soient pas des plus faciles et qu'elles se prêteraient fort bien à des précautions restrictives, il n'y a pas lieu de songer sérieusement à l'institution, dans ces pays barbares, de mesures propres à venir en aide aux obstacles naturels, pour y arrêter l'extension du choléra. Nous croyons qu'il y aurait beaucoup plus à attendre, sous ce rapport, d'un système de précautions organisé dans le Pendjab même, par les soins du Gouvernement anglais.

Venons à la Perse. Ce pays joue un grand rôle dans la propagation du choléra par terre. Principale victime des émissions de choléra de l'Inde, soit du côté de terre, soit par mer, la Perse, à raison de ses relations nombreuses, devient à son tour, comme on l'a vu plus haut, un foyer secondaire d'où la maladie rayonne au loin. Il

y aurait donc un grand intérêt à préserver la Perse contre l'importation du choléra. Est-il permis d'espérer qu'on puisse y parvenir ? A ne considérer que les obstacles naturels qui limitent, dans le nord-est de ce pays, les routes suivies par le fléau; en tenant compte de la position d'Hérat qui, placée dans une sorte de défilé entre de hautes montagnes et le désert, est, au point de vue stratégique par rapport au choléra, le passage principal, peut-être le seul, par où la maladie ait pénétré, de ce côté, en Perse, il semblerait que là se trouvent des conditions très favorables pour mettre une barrière à l'invasion de la maladie, et l'empêcher d'envahir la ville si importante de Mesched qui, une fois atteinte, devient, par les raisons exposées plus haut, un foyer très actif de dissémination. Mais ce qui semble ici théoriquement très possible, l'est-il en réalité dans la pratique ? Le Gouvernement persan a-t-il en mains les moyens propres à faire fonctionner utilement les mesures convenables ? Cela est très douteux. D'un autre côté le Gouvernement persan est-il dans la possibilité d'instituer, sur ses frontières maritimes dans la Golfe, un système sanitaire capable d'empêcher par cette voie l'importation du choléra ? De ce côté les difficultés seraient moins grandes, sans doute; mais il faudrait encore que l'Imam de Maskat, détenteur du port important de Bender-Abas, et de presque toute la navigation dans ces parages, consentît à s'associer aux mesures à prendre.

Que ces mesures soient réalisables ou non, il est du devoir de la Commission de signaler l'importance capitale qu'il y aurait à préserver la Perse des invasions cholériques et d'indiquer les moyens d'y parvenir; car, au point de vue de la généralisation de la maladie, là, pour la voie de terre, est le nœud de la question.

En effet, une fois la Perse envahie, les difficultés augmentent avec la dissémination de la maladie. Au nord d'Hérat et de Mesched la route est ouverte vers la Boukarie et de là, par les routes de commerce à travers les steppes de la Tartarie, jusqu'aux confins de l'Empire russe. Au nord-ouest et à l'ouest, la ligne de défense se trouve reportée sur les frontières russes et ottomanes, c'est à dire sur un espace immense où l'imagination a peine à concevoir l'établissement d'une barrière efficace contre la marche envahissante du fléau. Cependant, en étudiant la question de près et en tenant compte des enseignements de l'expérience, on ne tarde pas à voir que la question n'est pas aussi difficile à résoudre qu'on pourait le supposer de prime abord. En réalité les voies suivies par le choléra pour pénétrer en Russie et sur le territoire ottoman sont assez limitées ; ce sont les routes commerciales peu nombreuses qui unissent la Perse à la Russie et à la Turquie. Il y a d'abord la voie maritime d'Astérabad à Astrakan, à travers la mer caspienne, qui, bien que n'ayant pas jusqu'ici contribué d'une manière certaine à l'importation du choléra en Russie, devrait néanmoins

être surveillée d'une manière attentive. Il y a ensuite la voie beaucoup plus dangereuse, ainsi que l'a fait voir l'expérience, qui longe le littoral sud de la Caspienne et remonte au nord vers Bakou. Il y a encore la voie commerciale qui de Tauris conduit dans les provinces trans-causiennes par Nakhchivan; tout en notant que jusqu'à présent le choléra n'a jamais pénétré dans ces provinces par cette route, mais qu'il l'a suivie en 1847 pour repasser d'Erivan en Perse. A côté de ces voies principales il y en a sans doute d'autres, mais d'un accès difficile et par suite beaucoup moins à craindre. La fait est que dans ces contrées le choléra a toujours suivi les grands chemins de communication.

Il peut y avoir, sans contredit, des difficultés à vaincre pour organiser une barrière efficace, sur toute la frontière qui s'étend d'Astara sur la mer Caspienne jusqu'au voisinage de Bayazid ; mais non des difficultés insurmontables pour le Gouvernement russe. Au reste l'institution d'un système de défense sur cette frontière ne serait pas une nouveauté ; ce système y est déjà organisé depuis long-temps; il suffirait de le perfectionner.

Du côté de la Turquie la ligne à défendre part de Bayazid au nord, au point de jonction des territoires russe, persan et turc,—en supposant que les provinces trans-caucasiennes ne soient pas envahies, car autrement elle partirait de Batoum sur la mer noire,—et va jusqu'au fond du golfe persique. Cette ligne est gardée par des postes sanitaires qui en défendent les principales entrées. —La partie méridionale de cette ligne, depuis Khaneguine, a été, comme il a été dit ailleurs, souvent franchie par le choléra venant de Perse à la suite des pèlerins ; de sorte que si l'on ne parvenait pas à la faire fonctionner mieux que par le passé, ce serait une barrière illusoire. Il y aurait donc beaucoup à craindre que le choléra n'envahit les provinces ottomanes et consécutivement l'Europe par cette voie, si heureusement la marche de la maladie, de ce côté, ne se trouvait entravée par des obstacles naturels, c'est à dire par le désert qui sépare Bagdad de la Syrie et par la difficulté des communications en remontant le Tigre et l'Euphrate. Ces obstacles font que,—sauf en deux circonstances (1823 et 1847) où le choléra a remonté la vallée du Tigre jusqu'à Diarbékir, pour de là gagner Orfa et Alep, toujours ces épidémies de choléra importées de Perse se sont éteintes dans la province de Bagdad. Néanmoins il est évident qu'il y aurait des mesures sérieuses à prendre de ce côté.

La partie septentrionale de la ligne, comprise entre Kotur et Bayazid, semblerait de prime abord très dangereuse comme porte d'entrée en Turquie ; toutefois il est à remarquer que ce n'est pas par là, mais plus au nord, par Kars et par le littoral de la mer noire, que le choléra venant des provinces russes a pénétré sur le territoire

ottoman et s'y est étendu, ainsi qu'on l'a observé en 1847. Cependant comme cette partie de la ligne donne passage, près de Bayazid, à l'importante voie commerciale qui de Tauris aboutit à Trébizonde, c'est un point à ne pas négliger. C'est pour cela qu'on y trouve le principal lazaret de toute la frontière, à Kizil-Diza, où passe la dite route. Il faut que là, le cas échéant, les moyens d'action soient proportionnés à l'importance du mouvement commercial.

Quant à la portion intermédiaire, depuis Kotur jusqu'à Khaneguine, elle correspond à une région montagneuse du Kurdistan, occupée surtout par des nomades et qu'aucune route très fréquentée ne traverse. Il se trouve donc de ce côté des obstacles naturels, qui ne sont pas infranchissables, sans doute—nous en avons eu la preuve récemment—mais qui pourraient le devenir à l'aide d'une bonne surveillance sur les principaux défilés.

Nous ne pousserons pas plus loin, du côté de terre, cette étude ; car dès que le choléra a envahi le bassin de la mer noire, les obstacles naturels diminuent, en même temps qu'augmentent les chances de diffusion générale et les inconvénients des mesures restrictives.

Revenons à la question maritime. On a vu que les côtes les plus voisines de l'Inde et qui ont le plus de relations avec ce pays sont les plus exposées à l'importation du choléra ; que, par conséquent, le danger de l'importation, par cette voie, est en raison de la distance, c'est à dire du temps nécessaire pour aller d'un lieu infecté à un endroit sain. Toutefois, s'il est vrai qu'une longue traversée diminue les chances d'importation, elle ne les annule pas entièrement, et les faits témoignent que des navires encombrés où se développe le choléra peuvent recéler la maladie et la propager directement à des pays bien éloignés du point de départ. Si la mer, en tant qu'espace, est un obstacle infranchissable au choléra sans l'intermédiaire d'un navire, d'un autre côté, par cet intermédiaire, elle se prête aux communications rapides et les plus compromettantes ; mais comme ces communications sont de celles qu'il est le moins difficile de surveiller et d'assujétir à des mesures restrictives, il s'en suit qu'en définitive la mer constitue un excellent obstacle qu'il est possible de rendre infranchissable au choléra. Il importe donc de voir comment, dans la question qui nous occupe, on peut mettre à profit cet obstacle.

Le choléra, avons-nous dit, peut être importé de l'Inde jusqu'au fond du golfe persique et, indépendamment de la Perse, envahir par là directement le territoire ottoman. On a vu quelles en étaient alors les suites, et comment ce n'était pas de ce côté que se trouvait le plus grand danger pour l'Europe. Il y a néanmoins lieu d'insister sur les mesures à prendre pour préserver ce littoral.

De Maskat, de el-Katif, ou de tout autre point de la côte orientale de l'Arabie est-il à craindre que la maladie ne traverse la péninsule et atteigne le littoral de la mer rouge ? Il est douteux que le fait se soit jamais produit à raison des déserts à franchir; tout au plus en conçoit-on la possibilité par le nord de la péninsule, à travers la région cultivée du Nedjd. Mais ce qui est beaucoup plus à redouter, c'est la propagation le long du littoral de l'Hadramouth, de port à port, comme il semble que la chose ait eu lieu plusieurs fois. Néanmoins, tant que la maladie n'a pas pénétré dans la mer rouge, le danger n'est pas encore bien menaçant et il nous paraît qu'il est encore possible de le conjurer.

Le grand intéret de la question de préservation commence là; car là se présente le premier obstacle sérieux à l'importation maritime du choléra vers l'Europe. Le détroit de Bab-el-Mandeb se présente en effet comme une barrière naturelle qu'il serait possible d'opposer à l'introduction de la maladie dans la mer rouge. La disposition du passage est on ne peut plus favorable à une exacte surveillance, et s'il était possible d'organiser sur ce point des moyens d'action convenables, il est évident qu'on aurait presqu'entièrement résolu le problème d'empêcher l'importation du choléra par cette voie. C'est donc là qu'il faudrait instituer un premier obstacle ; aussi la Commission n'a-t-elle pas négligé d'étudier comment il serait possible d'y parvenir.

Supposons maintenant que par suite de difficultés insurmontables, ou tout autre motif, cet obstacle ait été négligé, ou bien même qu'il n'ait pas suffi, et que le choléra ait envahi la mer rouge, et comme d'ordinaire le Hedjaz à la suite des pèlerins. Le danger, à coup sûr, comme l'expérience l'a prouvé, serait devenu très menaçant. La question alors serait de préserver l'Egypte contre l'invasion de la maladie, et, pour cela, on conviendra que des mesures sévères ne seraient pas inopportunes. Ces mesures constitueraient le second obstacle à l'importation.

Enfin, admettons que l'Egypte elle-même soit envahie : il ne resterait plus à l'Europe pour se préserver d'une invasion que la ressource de se prémunir contre les provenances égyptiennes. Or, dans cette circonstance, nous ne croyons pas qu'il serait impossible d'y parvenir. Il ne faut pas oublier que l'Egypte, à l'est et à l'ouest, est limitée par des déserts, et que, par ce fait, les provenances maritimes de ce pays sont de beaucoup le plus à craindre. Nous ne disons pas qu'il n'y aurait pas à se préserver des provenances de terre, surtout du côté de Suez où les relations par terre avec la Syrie ont pris une grande extension depuis peu ; mais c'est du côté de la mer qu'il y aurait surtout à se prémunir. Eh bien, nous le demandons, si pour arriver à une protection efficace il importait d'appliquer à l'Egypte des mesures rigoureuses,

pendant la durée d'une épidémie ordinairement courte, ne conviendrait-il pas mieux, à tous les points de vue, dans l'intéret de l'Europe, de se résigner aux inconvénients momentanés de ces mesures, plutôt que de mettre en pratique des formalités inefficaces qui ne garantiraient pas l'Europe contre l'invasion du fléau, ni contre les perturbations innombrables qui en sont la conséquence? Pour nous, dans l'alternative, nous n'hésiterions pas à opter pour les mesures efficaces, fussent-elles même très rigoureuses.

Ainsi, contre l'importation maritime du choléra en Europe nous concevons trois séries d'obstacles échelonnés sur le trajet parcouru par le fléau : 1° mesures à l'entrée de la mer rouge pour y empêcher la pénétration du choléra ; 2° mesures pour préserver l'Egypte si le littoral de la mer rouge est envahi ; 3° enfin mesures contre l'Egypte pour garantir l'Europe.

Par cet exposé, nous croyons avoir répondu, dans la limite du possible, à la question formulée en commençant. Oui, il est rationnel d'admettre que plus on appliquera les mesures prophylactiques contre le choléra près du foyer primitif de la maladie et plus on pourra compter sur leur efficacité. Non seulement la raison conçoit que plus le foyer sera limité, moins il sera difficile de le circonscrire; mais encore l'étude des faits montre que les voies suivies par le choléra pour arriver en Europe sont beaucoup plus limitées et plus faciles à surveiller qu'on ne serait tenté de le croire de prime abord ; qu'ainsi au voisinage de l'Inde, par *la voie de terre*, il existe des obstacles naturels à la marche envahissante de la maladie, qui rétrécissent son champ d'expansion et retardent ses progrès, circonstances qu'il ne serait pas impossible de mettre à profit par des mesures appropriées ; tandisqu'à mesure que la maladie se répand et approche de l'Europe, plus les obstacles naturels diminuent, et plus les moyens d'action s'affaiblissent, en même temps qu'il deviennent plus onéreux; que, d'un autre côté, la *voie maritime* offre une barrière naturelle qu'il serait permis, presqu'à coup sûr, de rendre infranchissable. Par conséquent l'étude de la question au point de vue pratique vient confirmer ce que le simple bon sens indiquait, savoir : que ce n'est pas en Europe qu'il faut attendre l'arrivée du choléra pour l'y combattre, mais bien que c'est au loin, sur les routes qu'il suit d'ordinaire, qu'il importe de s'efforcer de lui barrer le passage.

De ce que telle est la manière de voir de la Commission sur la direction principale à donner à l'emploi des mesures prophylactiques, doit-on conclure qu'elle méconnaisse les difficultés pratiques, les impossibilités même d'application que, dans l'état actuel des choses, le système qu'elle préconise doit certainement rencontrer? Non, la Commission n'a aucune illusion sur ce point. Elle sait, particulièrement

pour ce qui regarde les moyens d'empêcher, par terre, le choléra de se propager du côté de la Perse et de se répandre au delà, combien il y a peu d'espoir d'y réussir. Et cependant elle n'a pu s'empêcher de reconnaître que là était le point stratégique de la préservation générale. C'est donc, pour ce côté du problème, plutôt un plan, un sujet d'étude qu'elle propose qu'un système immédiatement réalisable. D'ailleurs la Commission, plus tard, quand elle entrera dans le détail des mesures, aura soin d'indiquer ce qui lui paraîtra devoir être d'une application immédiate.

Conclusion :—La Commission, par toutes les considérations qui précédent, répond *que plus les mesures de quarantaine et les autres moyens prophylactiques contre le choléra seront appliqués près du foyer originel de la maladie, moins ces mesures seraient onéreuses et plus on pourrait compter sur leur efficacité* (en supposant une application convenable) *au point de vue de la préservation de l'Europe.* (M. Polak s'est abstenu.)

Maintenant que la Commission a repondu aux deux questions préliminaires et qu'elle a développé son plan, il ne lui reste plus qu'à entrer dans le détail des mesures considérées en elles-mêmes.

CHAPITRE 2ème.

Mesures à prendre dans l'Inde.

III

Y a-t-il lieu d'espérer qu'on puisse parvenir à éteindre le choléra dans l'Inde, ou du moins à y restreindre son développement épidémique ? Dans ce but ne conviendrait-il pas, tout en poursuivant les améliorations hygiéniques déjà entreprises, de faire de nouvelles études sur l'endémicité de la maladie, études sur place qui exigeront beaucoup de temps et que le Gouvernement anglais seul est en mesure d'entreprendre ? Indiquer sur quelles particularités devraient porter ces études.

L'idée qu'il serait possible d'éteindre le choléra dans l'Inde s'est présentée à l'esprit de bien des médecins, et, à l'occasion de la dernière épidémie, on peut dire qu'elle s'est accréditée au point de devenir populaire. L'idée en elle-même est très rationnelle. Le choléra *envahissant* que nous observons de nos jours étant nécessairement

le fait de conditions nouvelles qui se sont produites dans l'Inde vers 1817, il est permis de concevoir que ces conditions nouvelles ne sont pas indélébiles, et que si l'on parvenait à déterminer les circonstances qui, dans certaines localités de l'Inde, y entretiennent la maladie, on réussirait à les faire disparaître et par suite à éteindre celle-ci. Les analogies ne manqueraient pas à l'appui de cette espérance. La peste, par exemple, que l'on considérait comme endémique dans une partie de l'orient, n'y-a-t-elle pas été étouffée? Ainsi l'espoir de parvenir à éteindre le choléra n'a rien de déraisonnable. Dans l'état actuel de nos connaissances c'est tout ce qu'on peut dire. Mais on ne s'en est pas tenu là. En s'étayant de certaines vues théoriques, on a cru avoir trouvé la cause génératrice du choléra dans les émanations d'un sol d'alluvion chargé de détritus animaux et végétaux, attribuant, pour justifier cette hypothèse, un grand rôle aux cadavres abandonnés au cours du Gange ; et quant à l'apparition récente du choléra *envahissant,* on n'a pas hésité à l'expliquer par l'insalubrité résultant de la destruction récente des canaux qui autrefois servaient à l'écoulement des eaux et à fertiliser le pays. On a vu, dans le *rapport général,* ce qu'il fallait penser de ces suppositions, qui avaient le grand tort de ne pas être en harmonie avec les faits ; nous n'y reviendrons pas.

La vérité est que les circonstances particulières qui font que le choléra est permanent dans certaines localités de l'Inde sont encore inconnues,ou, en d'autres termes, qu'on ne connait pas la cause essentielle de l'endémicité cholérique. On ne sait même pas au juste quelles sont toutes les localités où existe réellement l'état endémique; ni, sur un point donné, quelle est la limite de celui-ci ; ni quels sont les rapports entre l'endémicité et le développement épidémique.

Il y aurait donc un grand intérêt à entreprendre des recherches suivies sur cette grave question, et il est incontestable que le Gouvernement anglais a seul les moyens de mener à bonne fin un tel travail qui exigera des années d'études.

La Commission n'a certes pas la prétention de dicter aux médecins distingués, qui déjà s'occupent de ces questions, la meilleure marche à suivre dans une pareille entreprise ; mais elle ne saurait cependant se dispenser d'émettre un avis sur les particularités du problème qui lui paraissent le plus dignes d'attention.

Que savons-nous de l'endémicité du choléra dans l'Inde? nous savons que le choléra est endémique, principalement dans certaines localités de la vallée du Gange, notamment à Calcutta, à Cawnpore et à Allahabad ; puis, pour les autres régions de l'Inde, à Arcot près de Madras et à Bombay. Mais est-il bien certain que le choléra ne soit endémique que dans ces localités ? nullement : à cet égard il plane beaucoup d'incertitude.

Il y a donc lieu de *préciser* davantage qu'on ne l'a fait jusqu'à présent les points de l'Inde où l'endémie cholérique existe. C'est une question de statistique.

Pour résoudre le problème étiologique de l'endémicité, la Commission estime que la plus importante peut-être des questions à étudier serait celle des conditions particulières du sol dans les localités où l'endémie est bien manifeste: y rencontre-t-on *toujours* les conditions que Pettenkofer regarde comme indispensables au développement du choléra?

En outre, les localités où règne l'endémie se distinguent-elles par quelques particularités *exclusives*, soit dans la disposition des lieux, des habitations, soit par rapport à certaines habitudes nouvellement contractées,—en ce qui concerne la crémation des cadavres par exemple,—soit relativement à l'alimentation, à l'état de misère, etc? Il est clair que la plupart de ces questions ne pourraient être tranchées que par une étude comparative faite sur une vaste échelle, et que ce n'est pas là l'œuvre d'un jour.

En définitive, toutes ces études auraient pour but de savoir si, là où la maladie est endémique, le principe du choléra se régénère spontanément en dehors de l'homme; si, par exemple,—produit d'une décomposition organique particulière,—il naît et se dégage avec plus ou moins d'activité du sol à la manière du miasme palustre? ou si, comme cela est plus probable, le principe morbifique une fois produit se régénèrerait uniquement par l'homme;—le sol et tout ce qui existe à sa surface n'étant que des réceptacles plus ou moins favorables, où le germe provenant de cholériques peut se conserver et d'où il se dégage avec une activité variable selon les circonstances adjuvantes?

Une autre question d'un grand intéret à résoudre serait celle des rapports de l'endémicité avec le développement des épidémies dans l'Inde. Toute épidémie y a-t-elle sa racine, son origine dans un foyer d'endémie? Par exemple, les épidémies qui se développent chaque année à l'occasion de certains pèlerinages sont-elles le résultat de l'importation du choléra parmi les pèlerins, par des individus venant de foyers d'endémie? N'y-a-t-il pas lieu de croire, au contraire, que dans les endroits de pèlerinage où le choléra éclate chaque année, le principe de la maladie existe en permanence dans ces localités, mais n'y manifeste sa présence qu'à l'occasion des conditions favorables que produit le pèlerinage?

Enfin, a-t-on vu dans l'Inde depuis 1817 une épidémie de choléra éclater spontanément dans une localité exempte d'endémie jusque là? et, s'il en est ainsi, a-t-on remarqué qu'une telle manifestation ait été le point de départ d'une épidémie *envahissante?*

Tels sont, selon la Commission, les principaux problèmes que les études déjà faites, ou à entreprendre, auraient pour but de résoudre.

Mais, indépendamment de ces études, la Commission pense qu'il importerait de poursuivre avec la plus grande énergie les améliorations hygiéniques déjà commencées par les soins des Commissions permanentes *ad hoc*, surtout dans les localités où l'endémie est manifeste, et d'en faire jouir autant que possible les populations natives.

La Commission se demande encore s'il ne serait pas permis d'instituer par rapport aux foyers endémiques quelques précautions de nature à y restreindre l'exportation de la maladie? c'est une question qu'elle se contente de pose.

Mais ce que la Commission se croit en devoir de dire avant de terminer sur ce point, c'est qu'elle est convaincue que pour atteindre le but, pour restreindre les ravages du choléra dans l'Inde, les mesures hygiéniques doivent y avoir en vue toutes les classes de la population ; autrement il arriverait encore ce qui s'est produit jusqu'à présent, c'est-à-dire que toute la sollicitude, toutes les précautions admirables dont sont entourées les troupes anglaises dans l'Inde, n'empêcheraient pas le choléra d'occasionner des pertes considérables parmi elles, comme le font voir les relevés statistiques, et qu'il en serait probablement ainsi tant que la source du mal parmi les natifs n'aura pas été restreinte. C'est d'ailleurs ce que le Gouvernement anglais semble avoir parfaitement compris, à en juger par les immenses travaux d'assainissement commencés dans les principales villes de l'Inde depuis plusieurs années et par le rôle important attribué aux *trois Commissions sanitaires permanentes. (Voir à ce sujet l'annexe A, extrait d'une note communiquée par M. Goodeve)*

En résumé, la Commission ne considère pas comme impossible qu'on puisse parvenir à éteindre le choléra envahissant dans l'Inde, et elle croit qu'en tout cas on peut y restreindre son développement épidémique. Pour atteindre ce double but, elle admet la nécessité d'études suivies, ayant pour objet de déterminer les conditions spéciales qui produisent et entretiennent l'endémie cholérique, ainsi que les rapports existant entre cette endémie et les explosions épidémiques, tout en poursuivant les améliorations hygiéniques déjà commencées. Quant aux particularités sur lesquelles devraient porter ces études, la Commission s'en réfère à ce qui a été dit précédemment à ce sujet.

IV

D'après ce que nous savons du rôle capital que jouent les pèlerinages dans le développement épidémique du choléra aux Indes, n'est-il pas à désirer que l'on s'applique à restreindre le plus possible l'influence de cette cause, et à continuer sur une plus vaste échelle l'emploi des mesures déjà mises en usage depuis deux ans avec quelque succès? Donner l'indication de ces mesures.

Sans contredit il est du plus grand intérêt que l'on s'applique à restreindre l'influence que les pèlerinages hindous exercent sur le développement et la propagation du choléra ; car, ainsi que cela a été exposé dans le *rapport général*, ces pèlerinages sont, de toutes les causes d'épidémies dans l'Inde, incomparablement la plus puissante. On ne saurait trop insister sur ce point. Il faut qu'on soit bien convaincu que ce qui a été énoncé, dans le *rapport général*, sur l'importance de ces pèlerinages, ou foires, loin d'être exagéré, est au contraire au-dessous de la réalité. Quand on considère le grand nombre de ces endroits vénérés, les foules prodigieuses qui viennent s'agglomérer périodiquement à certains d'entr'eux, les conditions au milieu desquelles s'accomplissent ces pèlerinages, le mouvement perpétuel de va-et-vient, de concentration et de dissémination qui en résulte, on se pénètre de plus en plus que là est, en effet, une cause des plus énergiques de développement et de propagation du choléra, et l'on s'étonne qu'elle ait été, si non méconnue, du moins négligée jusqu'à ces derniers temps.

Au Gouvernement de la Présidence de Madras, et en particulier au Dr. Montgomery, reviennent l'honneur d'avoir compris la nécessité de restreindre la fâcheuse influence de ces agglomérations, et d'avoir, dans ce but en 1864, fait à Conjévéram les premiers essais de mesures d'hygiène appliquées au pèlerinage. Ces mesures consistèrent surtout en l'établissement de latrines temporaires, d'où les matières étaient enlevées deux fois par jour et enfouies à grande distance ; en l'organisation d'un service de nettoyage, d'arrosement de la ville, avec enlèvement des immondices au moyen de voitures ; en l'éloignement des bestiaux pendant les fêtes ; en l'approvisionnement de bonne eau potable accessible à tous. Le fait est que cette année le pèlerinage s'accomplit sans manifestation de choléra et qu'il en fût de même en 1865 à la suite des mêmes mesures.

L'expérience tentée à Conjévéram fut répétée en 1865 dans la Présidence de

Bombay avec certaines modifications et sur une plus vaste échelle. Les mesures suivantes furent prescrites pour tous les lieux de pélerinage : « établissement de latrines qui, faute de mieux, peuvent être de simples tranchées profondes, pratiquées dans la terre sous le vent des habitations ou campements, avec obligation pour ceux qui s'y rendent de jeter de la terre sur les excréments après usage ; désinfection des matières cholériques, soit par la solution de per-manganate de potasse, de chlorite de zinc, d'acide carbolique, soit tout simplement par de la chaux vive. »

Pour ce qui concerne le *retour* des Pèlerins : « campement ; interdiction pour eux d'entrer dans une ville, ou station militaire, s'ils n'ont pas fourni la preuve qu'ils sont exempts d'infection cholérique. Ils doivent prouver qu'il n'y a parmi eux ni diarrhée, ni aucun autre indice de choléra, et que 48 heures au moins se sont écoulées depuis qu'ils ont eu communication avec une personne malade de diarrhée ou de choléra. A défaut de ces preuves les pèlerins seront gardés en observation pendant 48 heures ; si au bout de ce temps ils ne montrent aucun signe de la maladie, ou de ses phénomènes précurseurs, ils seront libres de passer dans la ville. »

« Les individus offrant des indices de choléra doivent être séparés des autres, et ceux-ci doivent recommencer une quarantaine de 2 jours. »

« En vue de l'application de ces règles, des dispositions doivent être prises pour que les pèlerins trouvent des provisions, de l'eau, des abris, et l'assistance médicale pour prévenir on traiter la maladie dès son début; isolement des malades sous des tentes. »

A la suite de l'application de ces mesures dans la Présidence de Bombay, il fut constaté qu'en 1865, sur 94 lieux de pèlerinage où s'étaient réunis depuis 2 mille jusqu'à 50 mille pèlerins, dans deux seulement le choléra se manifesta—sans y faire toutefois beaucoup de ravages—à Jeypoorie où 5,000 et à Sungum où 50,000 pèlerins s'étaient rassemblés. *(rapport du Dr. Leith, président de la Commission sanitaire de Bombay* ; 10 *mars*, 1866.)

Ainsi, les premières tentatives pour restreindre par des mesures hygiéniques l'influence fâcheuse des pèlerinages ont été suivies de résultats très encourageants ; mais dont il ne faudrait pas néanmoins exagérer la valeur, attendu qu'ils ne se rapportent qu'à l'expérimentation de deux années.

Prenant en considération ces essais, la Commission s'est demandé s'il n'y aurait pas possibilité d'ajouter certaines précautions de plus aux mesures déjà prises ; et, après examen, elle a pensé que si l'on parvenait à diminuer l'affluence qui se porte aux lieux de pèlerinage, en imposant à ceux qui veulent s'y rendre certaines conditions préalables, on diminuerait en proportion le danger de ces agglomérations. Ne serait-il pas possible d'exiger qu'avant son *départ*, chaque pèlerin fût muni d'une

autorisation spéciale de l'autorité dont il relève et qui ne serait délivrée que sur la preuve faite par lui qu'il a les moyens de subvenir à ses besoins pendant son voyage ? Une telle condition aurait pour résultat d'écarter du pèlerinage la masse des mendiants qui y affluent et qui y sont le principal aliment des épidémies cholériques.

La Commission ne peut que recommander cette question importante sans la résoudre, parce qu'il est à craindre que la mesure qu'elle a en vue ne soit propre à soulever une opposition dangereuse parmi les natifs. En pareil cas le Gouvernement anglais est le seul bon juge de l'opportunité.

Quant à la police sanitaire des lieux de pèlerinage, qui comprend l'emploi des mesures hygiéniques mentionnées plus haut, la Commission ne peut qu'applaudir aux excellentes dispositions déjà pratiquées avec succès, et faire des vœux pour qu'elles soient généralisées et complétées selon les indications de l'expérience acquise.

Reste un troisième ordre de précautions applicables au cas où, malgré tout, le choléra éclaterait parmi les pèlerins agglomérés. C'est alors, en effet, au moment du *retour*, que commence le plus grand danger des pèlerinages, quand la masse infectée se dissémine, emportant avec elle dans tous les sens et répandant au loin la maladie.

Contre ce danger de propagation le Gouvernement de Bombay a déjà, comme on l'a vu, adopté certaines mesures dont la principale est d'interdire l'entrée des villes aux pèlerins ayant le choléra parmi eux. Mais est-ce là une précaution suffisante, et la quarantaine d'observation de 48 heures qui s'y rattache est-elle une garantie réelle ? La Commission ne le pense pas. Elle croit que le véritable moyen d'empêcher la diffusion de la maladie serait de n'autoriser le départ de la masse contaminée qu'après la cessation complète de l'épidémie parmi elle, et après une désinfection générale. Une telle mesure supposerait un espace convenable où cette masse pourrait être disséminée et gardée, où ni les abris, ni les vivres, ni l'eau potable, ni les mesures de désinfection, ni les secours aux malades ne feraient défaut. Or, si l'on conçoit la possibilité de réunir tant de conditions pour quelques milliers d'individus, il faut reconnaître que les difficultés d'application croîtraient rapidement avec un plus grand nombre et que s'il s'agissait d'appliquer la mesure à ces immenses agglomérations que l'on rencontre à certains pèlerinages indiens, elle serait tout à fait impraticable.

Néanmoins, le principe de faire obstacle à la dissémination du choléra n'en est pas moins bon en lui-même, et la Commissinon estime que toutes les fois qu'il serait possible de l'appliquer, il y aurait lieu de le faire.

En résumé, la Commission est d'avis que pour combattre l'influence des pèlerinages indiens sur le développement du choléra, il importerait : 1° *de s'appliquer à restreindre*

le nombre des pèlerins en les obligeant, s'il est possible, à se pourvoir, avant le départ, d'une autorisation qui ne serait délivrée qu'à celui qui aurait prouvé avoir les moyens de subvenir à ses besoins pendant le voyage ;

2° *d'instituer sur tous les lieux de pèlerinage une police sanitaire comprenant l'application des mesures d'hygiène déjà pratiquées et complétées selon les enseignements de l'expérience acquise ;*

3° *en cas de choléra parmi les pèlerins, de n'autoriser le retour de la masse contaminée,* — toutes les fois qu'une telle mesure serait praticable — *qu'après la cessation complète de l'épidémie dans cette masse, et une désinfection générale.*

V

N'y a-t-il pas nécessité de mettre en usage des moyens propres à prévenir l'exportation du choléra de l'Inde ? Parmi ces moyens n'y a-t-il pas lieu de signaler l'institution d'une police sanitaire au point de départ, particulièrement applicable aux pèlerins et en temps d'épidémie, celle de la patente de santé, etc ?

La nécessité d'accorder une grande importance aux moyens capables de prévenir, ou du moins d'atténuer l'*exportation* maritime du choléra de l'Inde, est d'autant plus indiquée que l'emploi de ces moyens est uniquement sous la dépendance des autorités anglaises et n'est pas de nature à soulever toutes les difficultés pratiques qui peuvent faire obstacle aux mesures propres à éteindre la maladie.

Le règlement promulgué en 1858 par le Gouvernement de l'Inde, concernant *les navires destinés au service des passagers indigènes qui partent des possessions anglaises*, a été le premier acte important dans ce sens — bien qu'il n'ait pas eu en vue le choléra — et aujourd'hui même on peut le considérer comme la base de toutes les mesures à prendre contre l'exportation de cette maladie.

Les principales dispositions de ce réglement que nous publions, comme annexe au présent rapport (*voir annexe* B) sont relatives au nombre des passagers, à l'approvisionnement, aux conditions hygiéniques et de navigabilité des navires affectés à ce service et renferment à ce sujet les prescriptions les plus sages. Ce règlement offre toutefois certaines imperfections et des lacunes que la pratique a mises en évidence depuis sa promulgation. Ainsi, il a le tort de n'être applicable qu'aux navires portant pavillon anglais et par suite d'être facilement éludé par les spéculateurs qui se chargent du transport des pèlerins musulmans au moyen de navires étrangers, et notam-

ment sous pavillon ottoman. C'est ce que démontre le relevé des navires qui, l'année dernière et cette année, ont amené à Djeddah des pèlerins indiens.

Le règlement en question ne pourrait-il pas être appliqué indistinctement dans les ports anglais de l'Inde,—nous disons plus—dans les ports de toutes les puissances qui ont des possessions indiennes, à tous les navires de la catégorie dont il s'agit, quelque soit leur pavillon? Ce serait là une condition essentielle à remplir.

Une autre circonstance à noter, c'est que certains capitaines, sous pavillon anglais, trouvent moyen de s'affranchir des prescriptions du règlement lorsqu'ils viennent à Djeddah. On peut rappeler à l'appui de ceci l'exemple des deux navires à voiles déjà cités, *North-Wind* et *Persia*, qui avaient probablement à bord un nombre de passagers supérieur à la prescription réglementaire—l'un 632 et l'autre 530—et qui eurent tant à souffrir du choléra. Ces navires étaient partis de Singapore ; ils avaient relâché à Mokalla où il n'y a pas d'autorité anglaise et avaient ensuite gagné Djeddah, en évitant de toucher à Aden. Le port de Singapore est soumis au règlement ; mais en touchant à Mokalla de préférence à Aden évite-t-on le contrôle? A Djeddah peut-on constater et poursuivre la contravention? nous ne saurions répondre à ces diverses questions : mais toujours est-il que la contravention, c'est à dire un nombre de passagers supérieur à celui proportionné au tonnage, nous a semblé dans ces cas bien évidente. Nous ne disons pas que la contravention soit certaine, parceque nous n'avons pas pu savoir quel était le tonnage de ces navires.

Une autre lacune du règlement consiste en ce que les navires anglais qui partent d'un port étranger n'y sont pas assujétis ; c'est ainsi par exemple que le Sidney, qui par son tonnage n'aurait peut-être pas eu le droit de porter plus de 5 à 600 passagers, en a pris impunément jusqu'à 2000 dans le trajet de Djeddah à Suez. Il serait donc à désirer que le règlement fût applicable en tout lieu.

Dans le détail de l'*acte* on remarque qu'il ne dit rien relativement à l'état sanitaire des individus à embarquer, et que par conséquent rien n'empêcherait qu'on n'embarquât des malades atteints des accidents prémonitoires du choléra ; de même que dans aucun des articles il n'est question des mesures que peuvent nécessiter les conditions sanitaires du navire à son arrivée. Ce sont là des lacunes importantes.

Quoiqu'il en soit, ce règlement est un acte capital qui, moyennant certaines extensions et additions, répondrait entièrement au but à atteindre par rapport aux conditions de l'embarquement des pèlerins.

Mais ce n'est pas tout. L'acte en question ne s'applique qu'aux conditions d'hygiène et de navigabilité des navires, et, même complété, il ne saurait exempter chaque navire partant de l'Inde, comme de tout autre pays, d'être muni d'une *patente*

de santé constatant l'état sanitaire du point de départ et le nombre des personnes embarquées ; patente qui serait visée dans les ports de relâche conformément aux règles adoptées en Europe. C'est là un complément que la Commission considère comme indispensable. Un tel document, pour avoir toute sa valeur, devrait être délivré par une autorité sanitaire constituée au point de départ ; par conséquent il importerait qu'un service médical *ad hoc* fut organisé particulièrement dans les ports affectés à l'embarquement des pèlerins. Parmi les ports qui, à ce point de vue, méritent une attention particulière, la Commission signale au premier rang *Singapore* pour les raisons qui ont été exposées plus haut.

Ainsi la Commission admet la nécessité d'un service sanitaire dans l'Inde qui délivrerait les patentes de santé et qui, pour les navires à pèlerins, veillerait non seulement à ce que les prescriptions de l'*acte* qui les concerne fussent exécutées, mais encore à ce qu'aucun malade suspect ne fût embarqué.

La Commission s'est demandé si, en cas d'épidémie de choléra au point de départ, il n'y aurait pas possibilité de supprimer l'embarquement des pèlerins sur ce point, ou de l'ajourner jusqu'à la fin de l'épidémie, ou de rendre les conditions de l'embarquement beaucoup plus sévères que de coutume ? mais ce sont là des questions délicates du nombre de celles dont il faut laisser la solution aux autorités compétentes. Comme question de même ordre se représente encore ici celle de savoir s'il ne serait pas possible d'exiger de chaque pèlerin musulman de l'Inde, avant son départ, la preuve qu'il a les moyens de subvenir aux frais de son voyage.

A ce propos, la Commission mentionnera une communication intéressante qui lui a été faite par M. Van-Geuns sur la mesure de ce genre mise en vigueur depuis 1859 par le Gouvernement des Pays-Bas, dans ses possessions indiennes. Le Gouvernement hollandais, voulant réduire le nombre croissant chaque année des pèlerins qui, de ses possessions, se rendaient à La Mecque au grand préjudice du pays, avait imposé à chaque pèlerin l'obligation de se munir d'un passeport dont le coût était fixé à 110 florins. La haute cour de justice ayant trouvé cette mesure illégale, le passeport fut supprimé en 1852. Le nombre de pèlerins s'accrut alors dans de grandes proportions, si bien que le Gouvernement jugea nécessaire de rétablir l'obligation d'un passeport délivré à chaque pèlerin à des conditions déterminées, et dont la principale est que les sollicitants aient prouvé qu'ils ont les moyens nécessaires pour les frais du voyage (aller et retour) et qu'ils ont pris les mesures convenables pour l'entretien de leur famille pendant leur absence. (*voir le document annexé* C qui contient les principaux articles de ce règlement.) On voit par là qu'une telle mesure est déjà pra-

tiquée, et que peut-être il ne serait pas impossible de l'étendre aux possessions anglaises de l'Inde.

La Commission résume son opinion de la manière suivante : *Il est de la plus haute importance de chercher à prévenir l'exportation maritime du choléra de l'Inde.*

Dans ce but, le règlement promulgué en 1858, *sous le titre de* NATIVE PASSENGER ACT, *serait un des moyens principaux, si l'application en était faite indistinctement à tous les pavillons et dans tous les pays, et s'il était complété au point de vue des précautions sanitaires.*

En outre, il importerait que tout navire partant d'un port indien fût muni d'une patente de santé délivrée par une autorité sanitaire constituée ad hoc, qui serait en même temps chargée de veiller à l'exécution des règlements relatifs à l'embarquement des pèlerins.

De plus, la Commission croit qu'il y a lieu d'examiner les questions de savoir si, en cas d'épidémie sur un point de l'Inde, il y aurait possibilité, soit de supprimer, soit de différer, soit de restreindre l'embarquement des pèlerins sur ce point ; et enfin si, à l'exemple du Gouvernement hollandais pour ses possessions indiennes, il n'y aurait pas, pour les autorités de l'Inde anglaise, possibilité d'exiger de chaque pèlerin musulman la preuve qu'il a les moyens de subvenir aux dépenses de son voyage, et à l'entretien de sa famille pendant son absence.

CHAPITRE IIIème

Mesures à prendre dans les pays intermédiaires entre l'Inde et l'Europe.

Ces mesures doivent avoir pour but d'empêcher l'importation du choléra en Europe ou par *la voie maritime*, c'est à dire, par la mer rouge, ou par *la voie de terre*, c'est à dire par la Perse et les pays adjacents. Nous traiterons d'abord des mesures à opposer à l'importation par la voie maritime.

A—Mesures contre l'importation du choléra de l'Inde par la voie maritime.

VI

D'après le plan adopté par la Commission la première question à résoudre est la suivante :

Ne serait-il pas convenable d'instituer à l'entrée de la mer rouge, dans une île s'il est possible, un établissement sanitaire où tous les navires entrant dans cette mer seraient soumis à un arraisonnement et seraient, s'il y avait nécessité, assujétis à des mesures de quarantaine? Quel devrait être, dans l'affirmative, le caractère de cet établissement? Dans quels cas, par qui et comment seraient appliquées les mesures ?

1° *Convenance d'un établissement sanitaire à l'entrée de la mer rouge*—L'utilité d'un tel établissement n'est pas douteuse; elle a été démontrée, théoriquement du moins, par les considérations que nous avons fait valoir en développant notre plan. La question est donc à présent de savoir si, au point de vue pratique, un tel établissement serait réalisable; si, à l'entrée de la mer rouge, existent les conditions indispensables à son fonctionnement : emplacement convenable, sécurité, salubrité, mouillage sûr, eau potable en quantité suffisante, approvisionnements faciles. Il est clair que si ces conditions ne se rencontraient pas, dans une mesure raisonnable, sur aucun point de ces parages, l'établissement ne serait pas réalisable. Il est, en outre, certain

que quand même toutes les conditions requises se trouveraient réunies, la question ne serait pas encore résolue, puisqu'il ne serait pas impossible que des considérations d'un autre ordre vinssent faire obstacle à un établissement de ce genre.

Laissant de côté toute autre considération, nous nous sommes appliqués à rechercher si les conditions requises pour un grand établissement quarantenaire existaient réellement à l'entrée de la mer rouge. Nous n'avons pas perdu de vue que l'établissement en question, ayant pour but d'empêcher l'importation du choléra dans cette mer, devrait être à la fois un poste d'observation et un Lazaret ; que par conséquent il devrait être placé de manière à pouvoir exercer une surveillance efficace sur tous les navires entrants, et, en outre, avoir les moyens d'assujétir convenablement les navires contaminés aux mesures prescrites ; conditions, qui impliquent—celle relative à la surveillance surtout—la plus grande proximité possible du détroit de Bab-el-Mandeb.

Dans cette situation se présente l'île de *Périm*, dans la partie la plus resserrée du détroit qu'elle divise en deux passes de largeur inégale. La grande passe, entre l'île et la côte africaine, mesure 14 milles ; la plus petite, entre Périm et le cap Bab-el-Mandeb, ou plutôt entre *Périm* et un petit îlot (Pilot island) séparé du cap par un étroit canal,—la petite passe a seulement 4 milles $\frac{1}{2}$. Les navires peuvent entrer dans la mer rouge, ou en sortir, par les deux passes sus-indiquées. L'île de Périm a 4 milles $\frac{1}{2}$ de long sur 2 de large ; elle s'élève à 230 pieds anglais au dessus du niveau de la mer. C'est un rocher tout à fait nu et entièrement dépourvu d'eau douce. Dans la partie sud-ouest de l'île, du côté qui regarde la grande passe, est un bon port, mais de faible capacité. Ce dernier inconvénient se trouve compensé par le fait de bons mouillages à petite distance de l'île, près du cap de Bab-el-Mandeb. La garnison anglaise de *Périm* reçoit tous ses approvisionnements, y compris l'eau, du dehors.

Sous le rapport de la position, *Périm* ne laisse donc rien à désirer ; elle commande le détroit et il serait facile d'y organiser une surveillance exacte ; mais quant à en faire un lieu de quarantaine, à y installer un lazaret capable d'abriter et de nourrir un grand nombre d'individus, la Commission, indépendamment de toute autre considération, ne le croit pas possible. Cependant Périm reste le point par excellence où pourrait être installé le service nécessaire à l'arraisonnement des navires, c'est-à-dire le personnel préposé *ad hoc* et les forces maritimes pour assurer la surveillance du détroit. Nous supposons, bien entendu, que les convenances politiques soient ici d'accord avec les convenances sanitaires.

Resterait à trouver l'endroit propre à un établissement quarantenaire. Le point qui se présente tout naturellement est, à petite distance de Périm, en dehors du dé-

troit, un peu au sud-est du cap de Bab-el-Mandeb. Là, sur la terre ferme, se trouve une plage d'un abord facile où croissent des palmiers et où la présence de très bonne eau est signalée. Ajoutons que dans ces parages, à l'abri du cap et des îles, il y a des mouillages convenables pour les navires. Pourrait-on dans cet endroit se procurer avec facilité les approvisionnements nécessaires aux individus en quarantaine dont le nombre s'élèverait peut-être à plusieurs milliers ? La Commission n'a pas de données à cet égard. Quant à l'établissement quarantaine en lui-même, la Commission comprend qu'il devrait consister en un vaste espace gardé, où seraient disséminés, d'un manière convenable, des campements appropriés aux habitudes des pèlerins. Que si l'on objectait que, dans de telles conditions et sous un tel climat, ceux-ci auraient beaucoup à souffrir, la Commission répond d'avance qu'il s'agit ici de pèlerins indiens et malais, par conséquent habitués à toutes les ardeurs de la zône torride ; et que les inconvénients seraient alors surtout pour les européens chargés de veiller à l'exécution des mesures prescrites, inconvénients auxquels il serait possible de remédier par des renouvellements fréquents dans le personnel.

D'après ces données incomplètes, on conçoit donc la possibilité d'instituer à l'entrée de la mer rouge, tout à la fois une surveillance dont le siège principal serait l'île de *Périm*, et un lazaret où seraient envoyées, après arraisonnement, les provenances contaminées. Toutefois la Commission se hâte d'ajouter que ce n'est là qu'une simple indication qui ne saurait dispenser d'une étude approfondie faite sur place.

La Commission croit si peu avoir résolu le problème qu'elle s'est demandé si, à défaut des points qu'elle vient d'indiquer, il n'y aurait pas, en dehors du détroit, mais à proximité, quelqu'autre localité convenable pour le lazaret en question ; car, pour l'arraisonnement, c'est de toute nécessité à l'entrée du détroit même qu'il devrait avoir lieu sous peine d'être éludé. Or, au delà du détroit, les notions manquent. Nous n'avons vu, d'un côté, sur le littoral arabique qu'Aden qui est bien loin, et, de l'autre, sur le littoral africain que la possession française d'Obokh sur la quelle nous ne possédons aucune information suffisante.

La Commission alors a cherché si, faute de mieux, il n'y aurait pas dans la mer rouge, le plus près possible du détroit, une île qui réunit les conditions requises pour l'établissement en question. Elle a étudié successivement, à ce point de vel, ues principales îles qui, à partir du détroit, s'offrent avec la meilleure apparence au milieu d'une nombre considérable d'îlots. Après avoir reconnu que la grande île Harnish qui se présente la première n'offrait aucune ressource ; que la suivante, appelée Jibbel Zoogur, quoique moins dépourvue, ayant un peu d'eau, quelque végé-

tation et quelques bons ancrages, ne présentait pas cependant les conditions requises, la Commission s'est arrêtée à l'île de *Kamaran*.

Celle-ci est située tout près de la côte arabique, entre Hodeïdah et Lohéia. Sous le rapport de l'eau, des approvisionnements et de la sécurité des mouillages, elle réunit toutes les conditions désirables. Sa proximité de l'Yémen, qui lui assure un ravitaillement facile, est un grand avantage ; mais c'est aussi un danger, en ce sens qu'il serait bien difficile d'y éviter les communications dangereuses avec la partie la plus peuplée et la mieux cultivée de l'Arabie. Un autre inconvénient de Kamaran, comme de toute autre île dans l'intérieur de la mer rouge, c'est qu'il serait bien difficile d'obliger les navires en suspicion de s'y rendre, et d'empêcher sous ce rapport les contraventions.

L'adoption d'une île de la mer rouge, comme lieu de quarantaine, suppose toujours que l'arraisonnement obligatoire se pratiquerait à l'entrée du détroit, et elle nécessiterait une escorte, ou au moins des gardiens à bord, pour accompagner les navires infectés jusqu'au lieu de la quarantaine; ce serait là, comme on le voit, une grande complication.

Ces divers inconvénients font que la Commission croit qu'il serait bien préférable, si la chose était possible, de placer l'établissement quarantenaire, soit à Bab-el-Mandeb, soit quelque part au delà du détroit.

2° *Quel serait le caractère de cet établissement ?* — En le supposant réalisable, à qui reviendrait le soin de l'établir, de le faire fonctionner, de l'entretenir ? qui en aurait la direction ? Il faut bien considérer qu'il s'agirait d'un institution intéressant l'Europe entière ; qui nécessiterait de grands frais d'installation et d'entretien, qui exigerait un personnel nombreux et le concours d'une force militaire et maritime respectable pour assurer l'exécution des mesures prescrites. Où est la puissance territoriale capable de se charger de tous ces soins ? On ne la trouverait pas sans doute sur le littoral arabique dans les chefs indépendants et hostiles qui l'occupent. Serait-ce, comme on l'a proposé au sein de la Commission, au Gouvernement ottoman, ou à celui d'Egypte que reviendrait cette charge ? Mais en admettant que la Porte ait l'autorité nominale dans ces parages, croit-on qu'elle, ou l'Egypte par délégation, ait les moyens convenables d'exécution ? Comment la Porte imposerait-elle à tous les pavillons l'obligation de se soumettre au règlement sanitaire? Et quel Etat, sans une garantie suffisante, consentirait à soumettre son pavillon à une telle obligation ? Et d'ailleurs serait-il juste de faire peser exclusivement sur le Gouvernement ottoman une si lourde charge ? Il y aurait bien l'Angleterre : mais l'Angleterre consentirait

elle? Et puis n'y aurait-il pas de grands inconvénients à confier à une seule puissance les clefs de la mer rouge?

Toutes ces questions ont été discutées par la Commission, qui, après mûr examen, est arrivée à conclure que l'institution projetée à l'entrée de la mer rouge, pour répondre convenablement à sa destination, devrait avoir un caractère international; qu'elle devrait être fondée et entretenue à frais communs par les Puissances intéressées et placée sous la surveillance d'un Conseil mixte où siégerait un délégué de chacune de ces Puissances.

A propos de ce Conseil un des membres de la Commission, M. le Dr. Bykow a émis l'opinion que le soin de la direction revînt soit au Conseil de santé de Constantinople, soit à celui d'Alexandrie, qui sont précisément des Conseils mixtes; mais cette opinion n'a pas prévalu, parcequ'il a semblé à la Commission qu'une telle surveillance serait trop lointaine pour être efficace.

Ainsi la Commission croit que *le caractère international est une condition* SINE QUA NON *de l'établissement dont il s'agit.* Resterait aux gouvernements intéressés à s'entendre sur la forme et la mesure à donner à l'intervention de chacun. On concoit très bien, par exemple, que la Porte ou le Gouvernement égyptien pourrait avoir la direction, mais sous le contrôle et avec l'assistance de l'Europe.

Cette conclusion a été adoptée par tous les membres présents de la Commission moins M. Bykoff qui a voté contre et M. Polak qui s'est abstenu.

3° *Dans quels cas, comment et par qui seraient appliquées les mesures?* Il est naturel d'admettre—toujours dans l'hypothèse où le projet en question serait reconnu réalisable—qu'un règlement spécial, approprié aux circonstances, déterminerait le fonctionnement de l'institution. Cependant la Commission croit pouvoir, dès à présent, déclarer que, dans son opinion, tout navire entrant dans la mer rouge devrait être assujéti à un arraisonnement ayant pour but de constater l'état sanitaire de la provenance, ou tout ou moins (car cela ne serait pas toujours possible) les conditions sanitaires du navire. Selon le résultat de cet examen le navire serait autorisé par un *visa*, à continuer son voyage, ou bien serait retenu en quarantaine, si, par la nature des accidents, l'encombrement à bord, le lieu de destination ou par toute autre circonstance, l'entrée libre du navire dans la mer rouge était jugée dangereuse. Comme dans l'esprit de la Commission, la dite mesure aurait surtout en vue les navires chargés de pèlerins ou les analogues, c'est à dire les navires vraiment dangereux, elle est d'avis que les paquebots réguliers et en général les navires offrant certaines garanties spécifiées, tout en étant dans l'obligation de subir l'arraisonnement, pourraient être autorisés à continuer leur voyage même en cas d'accidents cholériques,

à la condition d'aller purger quarantaine à l'endroit qui leur serait assigné. Or, pour que de telles mesures soient exécutées avec l'impartialité, l'intelligence et la fermeté désirables, ou sent bien qu'à l'autorité d'une seule Puissance on ne saurait en abandonner l'exécution.

C'est pourquoi la Commission conclut que *les mesures seraient appliquées en vertu d'un règlement international qui spécifierait les cas, et par une Autorité soumise au contrôle des gouvernements intéressés.*

En définitive, comme on a pu le voir, l'importance très grande d'un établissement sanitaire à l'entrée de la mer rouge est incontestable ; la possibilté matérielle de le faire fonctionner utilement n'est guère douteuse ; mais la solution pratique du problème implique la satisfaction de tant de convenances diverses, qu'il est bien à craindre qu'elle ne soit pas donnée.

VII

Question du pèlerinage de La Mecque.

Si la question d'instituer une service sanitaire à l'entrée de la mer rouge, dans le but d'empêcher l'introduction du choléra dans le Hedjaz, est de natnre à soulever bien des difficultés, c'est une raison de plus pour la Conférence d'insister sur les moyens propres à diminuer les chances d'épidémie cholérique parmi les pèlerins réunis et surtout à faire obstacle à l'importation de la maladie en Egypte.

Dans ce double but il y a lieu de déterminer: 1° l'organisation du service sanitaire sur le littoral de la mer rouge; 2° les conditions à exiger pour le départ et les précautions relatives à l'embarquement des pèlerins; 3° les mesures d'hygiène à mettre en pratique dans l'Hedjaz ; 4° ce qu'il y aurait à faire pour y prévenir l'importation du choléra ; 5° enfin les mesures à prendre contre les provenances du Hedjaz si le choléra se manifestait pendant le pèlerinage.

La Commission exposera successivement son opinion sur tous ces points.

1° *Organisation du service sanitaire sur le littoral de la mer rouge.*

Cette organisation comprendrait des postes de médecins chargés de donner des renseignements exacts sur l'état sanitaire du pays, de délivrer, de viser les patentes de santé, et de veiller à l'exécution des mesures hygiéniques ou autres qui seraient prescrites ; et de plus certains postes à Lazaret particulièrement affectés à l'application des mesures de quarantaine.

Les postes de la 1ère catégorie occuperaient les principales échelles des deux rives de la mer rouge. Du côté africain, outre Suez dont nous aurons à parler plus longuement, se trouvent trois échelles principales où une surveillance est indispensable: ce sont, du nord au sud, Koséir, Souakin et Massoawh.

Le port de *Koséir* est l'échelle de Kenneh ; il n'est pas accessible aux grands navires ; toutefois il s'y fait un commerce de céréales avec le littoral arabique ; deplus Koséir est très fréquenté par les pèlerins, surtout à leur retour. On a calculé qu'en 1860 plus de 5,000 étaient revenus des lieux saints par cette voie. La population de Koséir est de 3 à 4,000 âmes. L'eau de bonne qualité y manque et l'on est obligé de l'aller chercher à plus d'une journée de distance. Il y a un médecin sanitaire égyptien à Koséir ; mais il est reconnu que, faute de ressources et à cause de sa proximité avec le Nil, cette localité est impropre à un établissement quarantenaire. Il ne pourrait donc y avoir là qu'un poste d'observation.

Souakin, beaucoup plus au sud, vis à vis de Gonfoudah, est la principale échelle des provinces nubiennes de l'Egypte; elle communique avec Schendy et Khartum. La ville du Souakin a de 6 à 8,000 habitants, elle est bâtie sur une île au fond d'une baie et reçoit tous ses approvisionnements de el-Geyf, ville voisine sur le continent. Souakin est le port où viennent s'embarquer la plupart des pèlerins venant de l'intérieur de l'afrique. Ils sont désignés en général sous le nom de Takrouris. Ce sont de pauvres nègres vivant de ce qu'ils peuvent gagner pendant le pèlerinage en se livrant aux travaux les plus pénibles; on estime leur nombre, chaque année, à 2 ou 3 mille. De Souakin, au moyen de barques, ils atteignent le littoral opposé le plus souvent en descendant jusqu'à Hodeïdah, d'où, par terre, en s'attachant aux caravanes, ils se rendent aux lieux de pèlerinages. Depuis que le port de Souakin est occupé par le Gouvernement égyptien il y existe un service sanitaire ; mais notre collègue Salem bey, à qui nous devons ces détails, ne croit pas qu'on y puisse trouver les ressources nécessaires à un établissement de quarantaine.

Vient enfin, non loin de l'entrée de la mer rouge, le port de *Massoawh*, dont l'importance augmente chaque jour. Massoawh, échelle de l'abyssinie et d'une partie de l'intérieur de l'afrique, est en rapport avec l'Inde et surtout avec le littoral arabique. Cependant les pèlerins africains préfèrent en général retourner chez eux par Souakin. Quoiqu'il en soit, Massoawh doit être le siège d'un poste d'observation, et rien ne s'y oppose depuis que cette localité est sous la dépendance du Gouvernement égyptien.

Sur le littoral arabique, où les points à surveiller sont beaucoup plus nombreux et où il serait si nécessaire d'avoir un service fortement organisé, les difficultés sont

beaucoup plus grandes. Elles tiennent d'abord à ce qu'une partie de ce littoral, habitée par des populations farouches, échappe entièrement à la domination ottomane, et à ce que, dans le Hedjaz même, centre de l'islamisme, la Porte est tenue à bien des ménagements vis-à-vis d'un fanatisme hostile à toute ingérance européenne. Cependant, si dans le Hedjaz il y a des difficultés à vaincre, s'il y a des ménagements à garder, ce qui s'y est passé cette année montre qu'il n'y a pas impossibilité absolue d'y prendre des mesures propres à améliorer la condition des pèlerins, et même d'y organiser sur le littoral un service sanitaire répondant au but à atteindre.

Djeddah, principale échelle du pèlerinage, s'y présente comme le point important où un service sanitaire devrait être fortement constitué. Nous n'avons pas à revenir sur ce qui a été déjà souvent répété concernant la ville de Djeddah, sur sa population, sur son commerce, sur les ressources et les inconvénients qu'elle offre ; nous dirons seulement que, dans l'opinion de la Commission, Djeddah ne présente pas les conditions requises pour un grand établissement quarantenaire. Outre l'impossibilité d'y assujétir à des mesures d'isolement sérieuses les pèlerins impatients de se rendre aux lieux saints, si Djeddah était fermée aux provenances compromises, le débarquement de celles-ci se ferait, sans obstacle, dans les autres petits ports du littoral et annulerait ainsi les précautions quarantenaires qu'on aurait prises. De plus il ne faut pas oublier que tous les pèlerins ne débarquent pas à Djeddah, et que ceux qui viennent parfois de très loin sur des barques ou de petits navires longent la côte arabique et y relâchent à chaque port pour se ravitailler. Il s'en suit qu'en fermant l'entrée de Djeddah aux provenances cholériques, on n'empêcherait aucunement la maladie de s'introduire dans les lieux saints par d'autres voies, tout en ayant à lutter contre des difficultés d'application très grandes. Tout au plus pourrait-on y établir un petit lazaret pour des cas exceptionnels.

Mais Djeddah devrait être le siège d'un office sanitaire ayant la direction de toutes les mesures à prendre dans le Hedjaz. Cet office, relevant de la Porte et assisté d'un Conseil composé des principales autorités de la ville, veillerait à l'exécution de tout ce qui concerne la police sanitaire du pèlerinage, en même temps qu'il recueillerait et transmettrait des informations exactes sur l'état de la santé dans le Hedjaz et les pays voisins. L'office de Djeddah entretiendrait nécessairement des relations suivies avec les fonctionnaires chargés de la police sanitaire des lieux saints.

Un autre poste, sous la dépendance hiérarchique de celui de Djeddah, mais pouvant correspondre directement, pour les informations, avec l'Egypte, serait institué à *Yambo*, ville de 4 à 5,000 habitants, et échelle importante où d'ordinaire viennent s'embarquer un certain nombre de pèlerins à leur retour de Médine. Ce serait encore un

poste de surveillance, où aucun établissement quarantenaire n'est possible; et même il y a tout lieu de penser, vû les dispositions hostiles de la population, que le service ne pourrait y être fait que par des musulmans assistés d'un force respectable.

La Commission croirait très utile la création d'un troisième poste d'observation sur le littoral du Hedjaz, au sud de Djeddah, soit à *Leeth,* soit à *Gonfondah,* s'il était reconnu que la présence d'un tel poste y fût compatible avec les conditions de sécurité que présentent ces localités. Mais la Commission ne possédant aucun renseignement assez positif à cet égard laisse à des études ultérieures le soin de résoudre la question. Il en est de même pour ce qui regarde la possibilité d'organiser des moyens d'informations suffisantes sur l'état sanitaire des localités plus au sud,—notamment Hodeïdah et Moka—où abordent les pèlerins, ainsi qu'on l'a vu plus haut.

Nous nous bornons donc à proposer la création, pour le moment, sur le littoral du Hedjaz de deux offices sanitaires dont le principal, assisté d'un conseil local, serait à *Djeddah* et l'autre à *Yambo.*

Nous avons à nous occuper maintenant des offices ou postes à *Lazaret.*

A ce sujet la Commission a jugé convenable d'établir une distinction qu'elle croit indispensable. Elle n'admet pas que le lieu où les pèlerins atteints de choléra peuvent être admis à purger quarantaine soit le même que celui où les provenances ordinaires seront, le cas échéant, soumises à des mesures préventives. Le danger dans les deux cas n'est pas le même, et de plus les moyens d'isolement qui suffisent pour un petit nombre de voyageurs ne sont plus applicables à une multitude comme celle qui compose le pèlerinage.

Partant de cette distinction nous avions pensé tout d'abord, après étude les localités, à réserver aux pèlerins revenant par mer trois endroits où, en cas de choléra parmi eux, ils pourraient être admis à faire quarantaine. Ces localités étaient, en procédant du sud au nord, sur la côte arabique: *El-Wesch, Moïlah* et *Tor.* Nous supposions que les pèlerins embarqués dans les ports du Hedjaz pourraient être déposés sur ces trois points, où des installations convenables et des approvisionnements auraient été préparés pour les recevoir. Par là nous maintenions le principe—que nous considérons comme essentiel—d'interrompre toute communication maritime entre le Hedjaz et l'Egypte, dans le cas où le choléra régnerait parmi les pèlerins. Mais notre collègue, le Dr. Salem bey, nous a déclaré que le gouvernement égyptien n'admettrait pas que les pèlerins pussent faire quarantaine sur un point plus rapproché de l'Egypte que El-Wesch; il nous a démontré, en effet, qu'au delà de ce point, à Moïlah et à Tor par exemple, il y aurait dans ces parages, par la proximité et par les facilités de la navigation au moyen de barques, des communications clandestines très

compromettantes pour l'Egypte ; tandisque que le même danger ne serait pas à craindre jusqu'à El-Welch. La Commission se rendant à ces motifs a donc renoncé à Moïlah, localité pourvue d'un port et où les approvisionnements sont faciles ; et, comme on le verra plus loin, elle a réservé Tor pour le Lazaret ordinaire des provenances cholériques.

Reste *El-Wesch* qui réunit toutes les conditions désirables pour un établissement quarantenaire : port vaste et sûr, accessible aux grands navires, eau douce en abondance et d'excellente qualité, tant au bord de la mer que dans les vallées du voisinage, vivres frais faciles à se procurer sur place, sans compter la ressource du ravitaillement par mer. El-Wesch, situé à cinq journées de marche au nord de Yambo, est sous la dépendance du Gouvernement égyptien, qui y entretient garnison dans un fort placé à quelque distance de la mer, sur la route que suit la grande caravane d'Egypte. Celle-ci y stationne ordinairement plusieurs jours pour s'y ravitailler; et, à cette occasion, les arabes du voisinage y arrivent avec des provisions de toute sorte. Outre cette ressource le fort est pourvu de magasins de vivres à l'usage de la caravane. Ainsi El-Wesch se trouve dans les meilleurs condi-pour y organiser un lazaret approprié à plusieurs milliers de pèlerins. Ce Lazaret consisterait en une sorte de campement dont les limites seraient surveillées, et qui serait composé de tentes et de baraques. El-Wesch devrait être disposé à cet effet, c'est à dire qu'indépendamment du fort qui est trop loin dans l'intérieur, il faudrait contruire près la mer des logements destinés à la direction sanitaire et à un force armée respectable, et de plus des magasins pour un approvisionnement de tentes et de vivres à l'usage des quarantenaires. L'administration de l'établissement serait confiée à un Directeur assisté de plusieurs médecins et d'un nombre d'agents suffisant pour un tel service. A l'époque du pèlerinage tout ce personnel se transporterait à El-Wesch,— où, dans l'intervalle, on ne laisserait que la garde nécessaire à la surveillance du matériel,—et s'y tiendrait prêt pour l'éventualité d'une quarantaine à faire subir aux pèlerins. Une fois le pèlerinage achevé, la plus grande partie de ce personnel retournerait en Egypte. La Commission ne croit pas nécessaire d'entrer à ce sujet dans d'autres détails ; plus loin elle expliquera quel serait, à son sens, le véritable rôle d'El-Wesch à l'égard des pèlerins atteints de choléra.

Le *Lazaret* approprié aux provenances cholériques ordinaires, c'est à dire aux navires qui ne transportent pas de pèlerins ou des passagers analogues, serait, de l'avis de la Commission, très bien placé à Tor, petite bourgade au pied du Mont-Sinaï, munie d'un bon mouillage, et pourvue abondamment d'eau douce. Tor peut être ravitaillée très facilement de Suez. Cette localité offre de plus l'avantage de se trou-

ver sur la route de tous les navires qui se rendent à Suez, et par conséquent de ne les obliger à aucun détour. Selon la Commission, tout navire où le choléra se serait manifesté devrait être astreint à faire quarantaine à Tor. Le Lazaret à y établir devrait avoir, dans la partie réservée aux voyageurs européens, une organisation stable et être pourvu des commodités nécessaires aux passagers qui fréquentent les paquebots de l'Inde, quoiqu'il soit très probable—à en juger par l'expérience du passé—que ces voyageurs n'auront que bien rarement à y faire quarantaine. La Commission n'a pas admis que, *dans aucun cas*, la quarantaine des navires, à bord desquels se serait manifesté le choléra, pût être purgée dans le voisinage de Suez, *aux Sources de Moïse* par exemple. Elle croit que, même au prix de certains inconvénients, il importe de ne pas établir de Lazaret au voisinage de Suez ; elle verrait dans ce voisinage, même *aux Sources de Moïse*,—endroit très convenable en lui-même d'ailleurs—un danger presqu'inévitable de compromission pour l'Egypte ; car il ne faut pas oublier que les quarantenaires sont en général peu scrupuleux sur ce point ; et que d'un autre côté, en Orient, le sentiment du devoir chez les employés subalternes ne résiste pas à certaines tentations ; de sorte que si l'on veut y éviter le danger de la violation des mesures prescrites, une consigne sévère ne suffit pas, et que le mieux est de pratiquer la quarantaine dans un endroit naturellement isolé et à distance respectable. C'est le motif principal qui a déterminé la Commission à choisir Tor de préférence à tout autre point plus rapproché de Suez.

Il s'en suit que, selon nous, Suez est la porte de l'Egypte sur laquelle il faut veiller avec le plus grand soin, et que, bien loin de faire en sorte d'y attirer le choléra par un grand établissement quarantenaire qu'il a été question d'y établir, on doit s'appliquer au contraire, même au prix de sacrifices, à en repousser la maladie et à la contenir à aussi grande distance que possible ; car il ne faut pas perdre de vue que si la ville de Suez est compromise toute l'Egypte sera inévitablement envahie.

Suez est donc surtout, à nos yeux, un poste d'observation d'où la surveillance doit s'étendre au loin ; et c'est pour cela que nous croyons qu'il conviendrait d'y installer la direction de tout le service sanitaire de la mer rouge, y compris celui du détroit.

A ce propos, la Commission a longuement agité la question de savoir sous la dépendance de qui serait placé ce service. Pour celui de Bab-el-Mandeb nous avons établi que le caractère international était une condition *sine quà non* ; pour celui des rives de la mer rouge, la nécessité d'une telle condition ne ressort pas autant de prime abord. Nous nous y trouvons en présence de Puissances territoriales: d'un côté le Gouvernement égyptien, de l'autre, pour le Hedjaz, la Porte ottomane. Il semblerait donc très naturel que la Porte et l'Egypte, par l'intermédiaire des Conseils de santé qui siégent

à Constantinople et à Alexandrie, fussent chargées de la portion de ce service qui leur revient de droit.

Mais qu'en résulterait-il? L'Egypte, on le conçoit, pourrait très facilement remplir sa tâche. Stimulée par le danger dont elle a fait l'expérience, et agissant à proximité sur son propre terrain, elle serait parfaitement en mesure de se défendre. Toutefois ce n'est là qu'un côté de la question.

Et le Hedjaz? Sans doute la Porte ottomane a le droit incontestable d'y exercer toute l'autorité, et il est évident que les mesures à y prendre doivent être exécutées en son nom. Mais le Conseil de santé siègeant à Constantinople est-il bien dans une situation favorable pour veiller à l'exécution de mesures applicables dans la mer rouge? N'est-il pas trop loin du théâtre des événements pour agir avec l'à propos et la promptitude nécessaires? Ce qui s'est passé cette année, quand le choléra a éclaté parmi les pèlerins, nous a fait voir tous les inconvénients de la distance et de la difficulté des communications. Les faits nous ont montré, en outre, le danger qui résulte de l'application, par deux autorités qui se contrarient, de mesures préventives dont l'efficacité dépend d'une entente complète sur tous les points. Ainsi, tandis que l'administration égyptienne, instruite par l'expérience du passé, avait décidé, conformément aux vœux de la Conférence, que les provenances contaminées du Hedjaz ne seraient pas admises à purger quarantaine en Egypte, les autorités ottomanes de Djeddah, agissant en sens contraire, et plus préoccupées de se débarrasser des pèlerins que de préserver l'Egypte, se hâtaient, malgré les protestations du délégué égyptien, de les embarquer pour ce pays.

Comment prévenir les conséquences fâcheuses d'un tel désaccord? On le pourrait en confiant au Gouvernement égyptien la direction de tout le service sanitaire du littoral de la mer rouge. Mais la Porte consentirait-elle à se dessaisir de son autorité directe en faveur de l'Egypte? Et d'ailleurs la direction égyptienne ne saurait, en tout cas, être admise qu'avec le concours d'une Commission mixte où tous les intérets seraient représentés.

C'est pourquoi, dans l'intéret de l'unité d'action indispensable au succès, nous avons pensé qu'il conviendrait de confier la direction du service sanitaire de tout le littoral de la mer rouge, y compris celui du détroit de Bab-el-Mandeb, à une Commission *spéciale*, mixte, où chaque Puissance intéressée serait représentée, Commission qui déciderait de toutes les mesures à prendre sur le littoral, tout en laissant, bien entendu, le pouvoir exécutif à qui de droit.

Ainsi, dans la pensée de la Commission, le service sanitaire à organiser sur le lit-

toral de la mer rouge comprendrait, outre le projet d'un lazaret international avec arraisonnement obligatoire au détroit de Bab-el-Mandeb :

1° *Des postes de médecins sanitaires, savoir : trois sur le littoral africain, à Koséir, à Souakin, à Massoawh, et deux, pour le moment, sur la côte arabique, dont le principal serait à Djeddah et l'autre à Yambo* ;

2° *Deux Lazarets, dont l'un, à El-Wesch, serait affecté exclusivement aux pèlerins et l'autre, à Tor, serait destiné à la quarantaine des arrivages ordinaires atteints de choléra ;*

3° *Une direction, siégeant à Suez, assistée d'une Commission internationale qui déciderait de toutes les questions concernant le service sanitaire de la mer rouge.*

(Adopté à l'unanimité, moins Salem bey qui a fait des réserves.)

2° *Conditions pour le départ et précautions relatives à l'embarquement des pèlerins.*

La loi musulmane, entr'autres prescriptions très sages, exige que quiconque entreprend le pèlerinage doit avoir les moyens suffisants pour le voyage et pour assurer l'existence de sa famille en son absence. C'est la mise en pratique de ce précepte, que le Gouvernement des Pays-Bas a exigée de ses sujets indiens, que nous voudrions voir également en vigueur dans les possessions britanniques et partout. Déjà, assure-t-on, au Maroc, à Tunis, et en Algérie sans doute, des dispositions conformes à la loi ont été prises par rapport aux pèlerins ; ceux-ci avant d'être autorisés à se mettre en route doivent faire la preuve qu'ils sont munis d'une somme suffisante pour le voyage. Cette mesure, ainsi que nous l'avons exposé précédemment, a pour but d'écarter du pèlerinage les mendiants qui en sont la plaie et qui fournissent le principal aliment des épidémies. En général les ottomans satisfont aux préceptes de la loi, et il est rare qu'ils entreprennent le voyage de La Mecque sans avoir le pécule nécessaire. On nous assure qu'il en est de même en Egypte où le Gouvernement exige des garanties de ceux qui veulent entreprendre le pèlerinage. Cependant nous croyons qu'il serait utile, pour assurer davantage l'exécution de la loi religieuse, que le Gouvernement ottoman établît en règle l'obligation pour chaque pèlerin de se munir d'un *Teskéré*, ou passeport, qui constaterait que le futur hadji a satisfait aux prescriptions de la loi, et sans lequel aucun ne serait autorisé à partir. Mais comment appliquer une telle mesure aux malheureux takrouris qui viennent de l'intérieur de l'afrique s'embarquer à Souakin ou à Massoawh, et qui, s'ils souffrent généralement de la misère, gagnent cependant leur vie au service des autres pèlerins ? C'est une question à recommander à la sollicitude du Gouvernement égyptien.

Nous n'avons rien à dire pour le voyage des pèlerins en caravane; les conditions en sont trop bien réglées pour que nous ayons autre chose à faire qu'à recommander la stricte application des anciennes coutumes.

Quant au transport des pèlerins par mer, il est resté livré jusqu'à présent dans les ports ottomans et égyptiens à tous les appétits de la spéculation la plus avide et rien ne saurait donner une idée des conditions fâcheuses d'encombrement dans lesquelles ce transport est la plupart du temps opéré. Il y a donc urgence d'intervenir ici pour que l'embarquement des pèlerins, soit à l'aller, soit au retour, s'opère dans des conditions convenables sous tous les rapports. Dans ce but nous ne saurions mieux faire que de recommander l'application du règlement anglais (*voir l'annexe B)* avec les quelques modifications que nous avons signalées, et de charger de ce soin l'office sanitaire du port où s'opère l'embarquement.

3° *Mesures d'hygiène à mettre en pratique dans les lieux où s'accomplit le pèlerinage.*

La Commission sanitaire envoyée cette année dans le Hedjaz par le Gouvernement ottoman a déjà,—conformément aux instructions qu'elle avait reçues du Conseil supérieur de santé,—pris d'urgence dans les localités consacrées au pélerinage certaines précautions hygiéniques dont les bons effets ont été sensibles. Ces précautions ont principalement consisté à faire enlever d'avance les immondices qui encombraient la ville de La Mecque et les autres lieux de pèlerinage, à établir un abattoir hors de la ville, à en éloigner les fosses destinées à la macération des peaux, à installer un hôpital de 60 lits, à assigner aux mendiants, qui encombrent d'ordinaire la grande mosquée et les rues de la ville, des lieux d'asyle, à faire purger des immondices qui y séjournaient les réservoirs de l'Aarafat pour le breuvage et les ablutions des pèlerins, à nettoyer les conduits qui amènent l'eau potable à La Mecque, à faire creuser 500 latrines réparties sur divers points de la vallée de Mina, et des fosses spacieuses pour recevoir le sang des animaux égorgés, et deplus, à préparer, à une assez grande distance, d'autres fosses destinées à enfouir tous les débris.

Toutes ces mesures ont été accomplies non seulement sans résistance, mais même avec le concours des autorités de La Mecque. Les résultats, avons-nous dit, en ont été satisfaisants; et l'on a constaté que la mortalité avait été très faible cette année pendant le pèlerinage. Ce n'a été que trois semaines après les cérémonies, et après le départ du gros des pèlerins, que le choléra s'est montré parmi les rétardataires et dans la caravane de Médine, à la suite de circonstances qui ne sont pas encore bien connues. Quoiqu'il en soit, il n'est pas douteux qu'il ne soit facile d'améliorer beaucoup les

conditions sanitaires du pèlerinage, et par suite le sort de pèlerins, sans rencontrer de la part de ceux-ci aucune opposition sérieuse.

Il importerait donc que les mesures prises l'année dernière fussent régularisées et perfectionnées, et que, dans ce but, un service spécial fût chargé de la police sanitaire des lieux saints. C'est au gouvernement ottoman que reviendrait le soin d'organiser ce service.

La Commission chargée de la police sanitaire aurait pour tâche de proposer et de faire exécuter toutes les mesures propres à amoindrir les conditions fâcheuses attachées au pèlerinage. Parmi ces mesures, déjà énumérées plus haut, nous croyons qu'à raison des circonstances particulières de ce pèlerinage, il y aurait grandement à prendre en considération les moyens d'assurer aux pèlerins de l'eau potable en abondance par une réparation complète et un entretien attentif des canaux et réservoirs existants. Nous appelons aussi l'attention sur l'établissement de latrines temporaires, au moyen de tranchées, qui seraient comblées chaque jour et désinfectées par de la chaux vive si cela était possible ; sur le soin à apporter à l'enfouissement immédiat et à la désinfection de tous les détritus provenant des animaux sacrifiés ; sur la disposition des campements hors des villes, de manière à éviter l'encombrement et ses suites. La Commission aurait en outre à s'occuper des secours à donner aux malades, et, en cas d'épidémie de choléra, de l'installation d'ambulances sous tentes, où les cholériques seraient traités séparément.

Les vivres pouvant, dans certaines circonstances, faire défaut—et il en serait surtout ainsi en cas d'épidémie—nous sommes d'avis qu'il entrerait dans les attributions de la Commission de veiller à ce qu'un certain approvisionnement en céréales eut toujours lieu à La Mecque pour les besoins urgents.

Nous ne nous appesantirons pas davantage sur les attributions de cette Commission sanitaire du Hedjaz, naturellement composée en entier de musulmans ; attributions qui seraient déterminées par des instructions spéciales dont le *specimen* existe déjà.

Toutes ces mesures hygiéniques, en les supposant bien appliquées, auraient, à n'en pas douter, pour résultat de diminuer les causes de maladies parmi les pèlerins et, en cas de choléra, d'atténuer pour eux les ravages de l'épidémie ; mais nous ne prétendons nullement qu'elles auraient comme conséquence de les mettre à l'abri des atteintes du mal importé au milieu d'eux, ni d'éviter les suites fâcheuses qui pourraient en résulter pour l'Europe. Elles ne devraient donc, en aucune manière, faire perdre de vue les mesures prophylactiques à opposer à ce danger.

4° *Y aurait-il quelque mesure à prendre dans le Hedjaz contre l'importation du choléra par mer ou par terre ?*

Dans notre opinion, toutes les fois que le choléra régnera sur le littoral de la mer rouge à l'époque du pèlerinage, on doit s'attendre à ce qu'à peu près infailliblement, quoiqu'on fasse, il envahira le Hedjaz à la suite des pèlerins. Nous en avons exposé les motifs plus haut. La Mecque étant le point de concentration, le but à atteindre, si l'on fermait la porte de Djeddah par une quarantaine, les pèlerins contaminés n'en arriveraient pas moins à La Mecque en entrant par une autre porte. Il faudrait donc pouvoir barrer le passage, par terre, à toutes les provenances venant du littoral de l'Yémen. Or, cela ne nous paraît pas praticable. Serait-il moins difficile de garantir La Mecque des mêmes provenances arrivant par Taïf ? ou encore, — dans une autre hypothèse que l'expérience n'a pu vérifier jusqu'ici — contre une caravane atteinte de choléra venant du golfe persique à travers la région plus ou moins cultivée du Nedjd occupée par les Wahabites ? Nous ne savons. C'est une question dont l'étude revient à la Commission sanitaire du Hedjaz.

Dans l'état actuel de nos connaissances, la seule chose que nous admettions, comme praticable, ce serait que, le Hedjaz étant indemne, on assujétît à des mesures de quarantaine, — sans en attendre un grand résultat, — tout navire contaminé qui se présenterait à Djeddah. A cet effet, il serait bon de disposer d'avance à Djeddah un endroit convenable. Mais vouloir soumettre à des mesures quarantenaires la masse des pèlerins suspectés de choléra, les empêcher par là d'arriver à La Mecque pour les cérémonies, alors qu'ils sont si près du but, ce serait, à notre avis, susciter de graves désordres, sans aucun avantage réel.

Ainsi, comme on le voit, la Commission ne compte aucunement sur les mesures de quarantaine qui seraient prises dans le Hedjaz contre l'importation du choléra parmi les pèlerins.

5° *Mesures à prendre contre les provenances du Hedjaz, si le choléra s'y manifestait pendant le pèlerinage.*

Pour cette grave question, notre tâche a été grandement facilitée par les longs débats auxquels elle a déjà donné lieu. Nous avons eu à examiner si la solution provisoire, donnée alors par la Conférence, était encore la meilleure qui pût être appliquée au difficile problème d'empêcher l'importation en Egypte du choléra par les pèlerins revenant du Hedjaz, ou si une étude plus approfondie de la question et l'expérience acquise cette année n'exigeaient pas une modification aux mesures adoptées d'urgence.

Cet examen nous a conduit à la pleine conviction que, pour atteindre le but, il était essentiel de maintenir dans son intégrité la disposition fondamentale admise par la Conférence, c'est-à-dire *l'interruption temporaire de toute communication maritime entre les ports arabiques et le littoral égyptien,* tout en admettant une modification importante dans la mise à exécution de la mesure.

Mais d'abord précisons bien les termes du problème à résoudre. Il s'agit de garantir l'Egypte et par suite l'Europe contre l'importation du choléra. Nul ne saurait contester l'importance du but à atteindre, en présence des effets désastreux, tant pour la vie des hommes que pour le commerce, dont nous sommes témoins depuis un an, sans qu'on puisse en assigner le terme ; effets qui sont uniquement la conséquence de l'importation du choléra, l'an dernier, à travers l'Egypte. On conviendra que pour atteindre un but si important aucune précaution possible ne saurait être négligée, dût-elle entraîner certains sacrifices. Mais, comme on le verra, les sacrifices nécessaires ne sont pas bien grands.

En cas de choléra pendant le pèlerinage, le danger est — on le sait — dans l'irruption en Egypte de masses contaminées auxquelles on imposerait vainement sur le sol égyptien des mesures de quarantaine ; car, en pareil cas, l'isolement qui ne serait garanti que par des cordons et par des consignes sévères, serait complétement illusoire. Contre de telles masses et dans de telles conditions, il n'y a que l'isolement à grande distance du point que l'on veut préserver, et résultant du fait même de l'espace à franchir, qui puisse être considéré comme une garantie sérieuse.

Le gouvernement égyptien, qui sait à quoi s'en tenir à ce sujet, est entièrement d'accord avec nous sur ce point, ainsi que cela résulte des déclarations faites à la Commission par le Dr Salem bey.

Ainsi donc sur tout le littoral égyptien, y compris Massoawh, point de quarantaine applicable aux pèlerins revenant du Hedjaz, sous peine de voir le choléra envahir l'Egypte avec eux. La conséquence en est que si l'on tient à préserver l'Egypte et l'Europe contre une nouvelle invasion de ce côté, il faut de toute nécessité maintenir le principe de l'interruption temporaire des communications maritimes, comme il a été dit plus haut.

Examinons maintenant les conséquences de cette interruption, et voyons quelle serait, dans ce cas, la conduite à tenir à l'égard des pèlerins.

Remarquons d'abord que la mesure ne porterait que sur les pèlerins revenant par mer en Egypte et dont le plus grand nombre aborde ordinairement à Suez. Le chiffre de ces pèlerins qui reviennent ainsi par mer est variable selon les années, mais on peut établir qu'il oscille entre 10 et 20 mille, disons 25 mille au maximum, en y

comprenant les nègres qui rentrent par Souakin et Massoawh. Ajoutons qu'en temps ordinaire tous ces pèlerins ne s'embarquent pas, pour leur retour, à la même époque; qu'immédiatement après les cérémonies religieuses il y a un premier flot qui se précipite vers Djeddah et monte à bord des navires à vapeur à destination de Suez. Cela forme un premier convoi de deux à trois mille individus qui partent presque à la fois. Les navires après avoir déposé leur cargaison humaine à Suez reviennent immédiatement à Djeddah prendre une nouvelle charge. Pendant ce temps les pèlerins continuent d'arriver de La Mecque—tant ceux pour l'Egypte que ceux pour l'Inde et le golfe persique—et ils s'accumulent à Djeddah en attendant l'occasion de s'embarquer. En général cette première évacution du gros des pèlerins qui se rendent à Suez s'opère dans l'espace de 15 jours à 3 semaines. Mais tout n'est pas terminé. Il reste encore la partie des pèlerins qui, après avoir assisté aux cérémonies de l'Aarafat, vont visiter Médine. Ceux-ci, composés en majorité d'indiens et de javanais auxquels se joignent des nègres takrouris, comptent aussi parmi eux un certain nombre de pèlerins qui se proposent de revenir en Egypte par mer. Tous ces pèlerins pour Médine partent en caravanes de La Mecque quelques jours après les cérémonies, et, à la suite d'un voyage qui dure environ 25 jours, ceux d'entr'eux qui doivent prendre la voie maritime arrivent pour s'embarquer à Yambo. Cette année les pèlerins qui se sont ainsi rendus à Médine étaient au nombre de 15 à 18 mille, parmi lesquels 6,000 environ sont revenus à Yambo. Parmi ces derniers, 3,000 étaient à destination de Suez. C'est surtout dans cette fraction du pèlerinage que le choléra a sévi vers la fin de mai, au retour de Médine.

Ces détails ont leur importance : ils nous montrent que le retour par mer en Egypte de la masse des pèlerins s'effectue en deux temps séparés par un intervalle de près d'un mois; que les plus pressés, ceux qui se dispensent du voyage à Médine, reviennent au plus vite s'embarquer à Djeddah ; que cette première évacuation, qui s'accomplit en deux ou trois semaines, emporte le plus grand nombre des pèlerins qui reviennent par Suez, ceux par conséquent qui ont le plus d'intérêt à notre point de vue ; que le second temps du retour par mer s'effectue par Yambo et comprend un nombre d'individus à destination de Suez moins considérable que le précédent. Ces circonstances doivent être prises en considération.

Voyons maintenant ce qui se passa cette année, quand le choléra apparut parmi les pèlerins. On sait que les cérémonies religieuses s'accomplirent sans qu'aucun indice de choléra se fut manifesté, et même que le premier temps du retour, celui qui s'accomplit par Djeddah, s'opéra sans rien de suspect; si bien que les pèlerins de cette période furent admis en libre pratique à Suez. Le point de départ

de l'épidémie qui éclata ensuite n'a pas jusqu'à présent été détérminé; il semblerait même résulter des renseignements reçus, que la maladie a éclaté presque simultanément à Djeddah, à La Mecque, et dans la caravane de Médine ; mais il est certain que ce fut celle-ci qui, principalement, eut à en souffrir. A Djeddah et à La Mecque où les pèlerins ne se trouvaient plus qu'en petit nombre, le chiffre des cas fut peu considérable.

Le choléra a éclaté, le 23 mai, parmi des pèlerins revenant de Médine, qui se dirigeaient vers Yambo, afin de s'y embarquer. Ces pèlerins, joints à ceux qui étaient déjà arrivés à Yambo, formaient un total d'environ 6,000, dont la moitié, à peu près, pour Suez. Le développement de l'épidémie au milieu d'eux fut très rapide , et la ville fut aussitôt envahie par le choléra. Il y eut alors un moment de confusion. Les pèlerins affamés demandaient des vivres et voulaient à toute force s'embarquer. La ville, de son côté, n'avait aucun approvisionnement, aucune garnison ; et quand le médecin égyptien, fidèle à ses instructions, voulut s'opposer à l'embarquement , il ne trouva pas l'appui nécessaire et courut même des dangers. Lorsque les médecins envoyés de Djeddah, avec des vivres , arrivèrent le 6 juin à Yambo, ils trouvèrent cette ville dans un état d'encombrement, de saleté et de misère impossible à décrire. Les pèlerins étaient encore menaçants, et l'on eut beaucoup de peine à retarder leur embarquement jusqu'au 9, afin d'avoir le temps d'aviser de leur arrivée les autorités égyptiennes. Le fait le plus important à noter est que , malgré les conditions les plus horribles au milieu desquelles se trouvaient ces pèlerins et la population de Yambo, le choléra, après un développement rapide , s'était entièrement éteint dans cette agglomération, à partir du 5 juin. L'épidémie avait, en tout , régné 12 jours, et fait, dans cet espace de temps, 335 victimes, sur une masse de 10 à 12 mille âmes, résultat bien propre à tranquilliser ceux qui s'imaginent que dans de telles conditions les ravages du choléra sont illimités, et qui confirme la loi énoncée par la Conférence. On sait le reste : les pèlerins en question ne furent pas admis à Suez; on les envoya purger quarantaine à Tor.

Ainsi, par les faits observés cette année, nous pouvons facilement nous rendre compte des conséqueuces de l'interruption des communications maritimes avec l'Egypte, si le choléra se manifestait dans toute la masse des pèlerins, au lieu d'éclater seulement parmi une fraction du pèlerinage. Il se produirait alors à Djeddah, sur une plus grande échelle , ce qui est arrivé à Yambo. Les pèlerins y afflueraient ; ils voudraient à tout prix s'embarquer, et si les navires étaient dans le port, si aucune force militaire n'était là pour les tenir en respect, nul doute qu'ils ne prissent les navires

d'assaut et ne se livrassent à des violences contre les habitants. Il en serait surtout ainsi, dans l'hypothèse très admissible où les vivres viendraient à manquer.

Pour parer à ces dangers, il faudrait donc, de toute nécessité, qu'il y eût à Djeddah et à Yambo une force de terre suffisante pour maintenir le bon ordre, et une force maritime pour s'opposer aux embarquements violents ; il faudrait, de plus, qu'il se trouvât toujours un approvisionnement de prévoyance, pour l'éventualité du manque de vivres. Cela fait, nous croyons qu'il serait dans l'intérêt des pèlerins d'attendre sur place, c'est-à-dire dans des campements appropriés, la fin de l'épidémie, ou de suivre la caravane qui revient par terre, plutôt que d'être embarqués et d'aller faire quarantaine dans un autre endroit. Nous pensons, en conséquence, qu'il conviendrait d'agir en ce sens auprès d'eux, par les moyens de persuasion.

Mais la Commission a bien compris que ce qui est le mieux n'est pas toujours ce qui est le plus facilement réalisable. Elle sait qu'une foule ignorante et frappée de terreur n'est pas facile à persuader ; elle sait aussi, par l'expérience de cette année, qu'il ne faudrait pas beaucoup compter sur le concours des autorités du pays, à l'effet de retenir les pèlerins; qu'elles voudraient, au contraire, voir partir au plus vite.

Par ces considérations, et aussi en tenant compte de la répugnance du Gouvernement Ottoman à retenir, malgré eux, les pèlerins dans le Hedjaz, la Commission a pensé que le moyen de concilier toutes les exigences serait d'assigner le port d'El-Wesch, comme lieu de quarantaine, à ceux qui voudraient à tout prix s'embarquer. Nous avons dit plus haut comment ils trouveraient là un établissement disposé pour les recevoir et d'où ils ne partiraient définitivement pour l'Egypte, que quand le choléra serait entièrement éteint parmi eux.

De la sorte on éviterait le péril d'un trop grand encombrement à Djeddah d'abord, pour le premier flot des partants, et à Yambo, plus tard. El-Wesch serait donc, dans ce système, un véritable *diverticulum*, où, sans aucun danger de compromission pour l'Egypte, les pèlerins attendraient dans des conditions convenables.

On ne doit pas perdre de vue que le nombre des pèlerins transportés ainsi de Djeddah à El-Wesch, dans plusieurs voyages successifs — ainsi qu'il est d'usage pour aller à Suez — ne dépasserait pas 8 à 10 mille au maximum, et que, quand ceux de Yambo y arriveraient, les premiers auraient probablement accompli leur désinfection et seraient déjà partis.

Ajoutons qu'à El-Wech, mais à une certaine distance dans l'intérieur, arriverait aussi la caravane pour l'Egypte, et que dans le cas où elle offrirait encore des indices de choléra, elle y serait arrêtée le temps nécessaire pour achever sa purification.

Nous avons prévu le cas exceptionnel où, par suite d'une affluence insolite, on aurait à craindre un encombrement ou l'insuffisance des moyens à la quarantaine d'El-Wesch. La Commission croit que, dans ce cas, il serait convenable de retarder la marche de la caravane et de la faire stationner à Yambo-el-Nakhel, vallée fertile et bien pourvue d'eau, à 6 heures de la ville, où il serait facile de la ravitailler, en supposant, comme nous l'avons dit plus haut, qu'un approvisionnement de prévoyance ait été fait à Yambo.

Qu'adviendrait-il alors pour les autres pèlerins, tant ceux qui retournent par terre, que ceux qui doivent prendre la voie maritime? Pour les premiers, la mesure en question ne les troublerait en rien ; elle augmenterait tout au plus le contingent des caravanes dans la mesure des moyens de transport disponibles ; et, il est à supposer que, la voie de mer restant ouverte, les pèlerins qui avaient l'intention de prendre cette voie se joindraient en bien petit nombre à ceux qui suivraient la route de terre. Quoiqu'il en soit, les caravanes ne seraient aucunement troublées dans leur itinéraire; seulement, par précaution, celle d'Egypte, qui compte d'ordinaire de 6 à 12 mille individus, stationnerait à El-Wesch le temps nécessaire à sa purification, si le choléra n'était pas éteint parmi elle, et même, si l'encombrement ou le manque de vivres étaient à craindre à El-Wesch, elle pourrait, en totalité ou en partie, être arrêtée quelque temps à Yambo-el-Nakhel. La Caravane de Damas poursuivrait sa route jusqu'à l'endroit où d'habitude elle est soumise à une visite médicale qui constate son état sanitaire. Pour les autres caravanes qui retournent dans le sud de la péninsule ou se dirigent vers l'est et le nord-est, elles échappent à toute surveillance.

Quant aux pèlerins indiens, malais, javanais, persans, etc, qui doivent revenir chez eux par mer, du moment que nous avons admis la liberté d'embarquement, pourvu que la destination ne soit pas le littoral égyptien, il est clair qu'ils seraient libres de se réembarquer, en tout état de cause, soit à Djeddah, soit à Yambo, à leurs risques et périls et au gré des spéculateurs qui les exploitent. Seulement, au nom de l'humanité, nous demandons que les autorités dont relèvent ces pèlerins exigent que leur embarquement n'ait lieu que dans les conditions voulues par le *règlement anglais* (native passenger act).

La conséquence obligée du système que nous proposons, c'est que pendant toute la durée de la prohibition, aucune provenance du littoral arabique ne serait admise à faire quarantaine sur le littoral égyptien, ni à Suez, ni à Koséir, ni à Souakin, ni à Massoawh, et que les contrevenants seraient repoussés avec les précautions humanitaires convenables, mais rigoureusement.

Il est possible que les mesures dont nous parlons dérangent quelque peu les calculs des armateurs qui exploitent avec un grand profit le pèlerinage de La Mecque, que, par exemple, ils réclament contre le préjudice causé à leur commerce par la mesure qui leur interdirait de transporter directement les pèlerins de Djeddah à Suez, ou à tout autre port égyptien, qu'ils prétendent que cette interdiction serait attentatoire à la liberté du commerce. Peut-être même osera-t-on protester au nom de l'humanité, dans l'intéret des pèlerins ! Nous savons jusqu'où peut aller la tendresse de la spéculation ! Mais nous pouvons assurer aux âmes charitables qui tiendraient ce langage, que nous prenons beaucoup plus de souci qu'eux mêmes des intérets véritables des pèlerins, sans oublier pour cela que notre mission est de préserver l'Europe. Quant aux prétentions mercantiles, quant au droit d'importer librement le choléra partout où l'intéret de la spéculation l'exige, outre que ces prétentions sont odieuses, nous soutenons qu'elles sont fondées sur une appréciation fausse des vrais intérets du commerce, lesquels considérés, non sur un point limité, mais en général, sont en parfaite harmonie avec ceux de la santé publique. Desorte que si ces objections étaient faites, nous croyons qu'il serait facile d'y répondre, à tous les points de vue, comme il convient.

En résumé, la Commission est d'avis que, dans le cas où le choléra se manifesterait dans le Hedjaz à l'époque du pèlerinage, *il y aurait lieu d'interrompre temporairement, c'est à dire pendant la durée de l'épidémie, toute communication maritime entre les ports arabiques et le littoral égyptien.*

L'application convenable de cette mesure suppose l'existence d'une service sanitaire organisé sur le littoral de la mer rouge, comme il a été exposé précédemment, et, deplus, la présence d'une force militaire suffisante, tant pour maintenir le bon ordre parmi les pèlerins, que pour la police maritime. A ce dernier point de vue, il serait à désirer que les gouvernements intéressés s'entendissent à l'effet d'assurer l'exécution des mesures prescrites.

Cela étant, la Commission pense qu'il pourrait être procédé à l'exécution de la manière suivante, sauf les modifications qui, *sans altérer le principe fondamental de la mesure*, seraient jugées, par la Commission internationale siégeant à Suez, propres à en faciliter l'application.

1° En cas de manifestation du choléra parmi les pèlerins les médecins sanitaires du Hedjaz signaleraient le fait aux autorités locales, ainsi qu'aux navires de guerre stationnés à Djeddah et à Yambo. De plus, tout en mentionnant le fait sur la patente de santé, ils en expédieraient l'avis en Egypte et à El-Wesch.

2° Sur la déclaration des médecins sus-mentionnés, les autorités informeraient les pèlerins que ceux d'entr'eux qui voudraient s'embarquer pour l'Egypte auraient, avant d'y aborder, à faire quarantaine à El-Wesch, et les préviendraient en même temps qu'ils sont libres de suivre la voie de terre.

3° Les embarquements se feraient sous la surveillance de l'autorité sanitaire, dans les conditions déterminées par elle, et dans les ports qu'elle aurait désignés.

4° Les navires de guerre concourraient à assurer l'exécution des mesures prescrites ; ils feraient la police de mer, et exercerait une surveillance aussi exacte que possible à l'effet d'empêcher tout départ clandestin.

5° Sur l'avis reçu de la présence du choléra parmi les pèlerins, les autorités sanitaires égyptiennes interdiraient l'entrée de tous les ports d'Egypte à toutes provenances de la côte arabique, et elles renverraient les navires déliquants, après les avoir ravitaillés au besoin, sur un point de la côte arabique, soit à El-Wesch, soit ailleurs, où il purgeraient quarantaine, conformément aux règles adoptées.

6° Les pèlerins transportés à El-Wesch y seraient tenus en quarantaine et ils ne seraient autorisés à repartir pour l'Egypte que dix jours pleins après la disparition du choléra parmi eux et après désinfection de leurs hardes et bagages. En quittant El-Wesch les navires qui les transporteraient seraient,—pour ceux qui se rendent à Suez —dans l'obligation de toucher à Tor où ils seraient soumis à une observation de 24 heures et à une visite médicale dans le but de constater leur état sanitaire. La patente nette et l'autorisation de continuer leur route, ne leur seraient délivrées que tout autant que l'état sanitaire du bord aurait été reconnu exempt de danger.

7° Quant à la caravane pour l'Egypte, elle s'arrêterait selon l'usage dans l'endroit ordinaire de sa station, près d'El-Wesch ; elle y subirait une visite médicale et elle ne recevrait l'autorisation de continuer sa route qu'après avoir été exempte de choléra depuis dix jours.

8° Relativement aux pèlerins à destination de l'Inde ou d'autres pays au delà de la mer rouge, ils seraient autorisés à s'embarquer pour retourner chez eux, mais en se soumettant aux règles prescrites par l'autorité sanitaire du port d'embarquement.

9° Les communications maritimes entre le Hedjaz et l'Egypte ne pourraient être rétablies que dix jours au moins après la cessation de tout indice de choléra dans le Hedjaz, déclarée officiellement par l'autorité sanitaire de Djeddah. Mais alors, et même en tout temps, les navires chargés de pèlerins à destination de Suez, seraient toujours dans l'obligation de toucher à Tor, et d'y stationner 24 heures, pour y subir une visite médicale comme il a été dit plus haut. L'autorité sanitaire de Suez pourrait renvoyer à Tor tout navire qui n'aurait pas rempli cette formalité.

10° Un règlement des pénalités encourues, pour toutes les infractions aux mesures prescrites, devrait être formulé par la Commission internationale. Le règlement anglais (*native passenger act*) serait, sur ce point, un excellent modèle à suivre.

(adopté à l'unanimité, moins le Dr Salem bey qui a fait certaines réserves.)

VIII

Mesures à prendre dans le cas où le choléra éclaterait en Egypte.

Nous supposons que malgré toutes les précautions prises, ou par le manque de précautions convenables, le choléra vienne à se manifester en Egypte, et nous demandons : qu'y aurait-il à faire dans ce cas pour préserver l'Europe? On peut répondre qu'alors on appliquerait aux provenances d'Egypte les mesures généralement usitées contre le choléra. Mais cette réponse, toute rationnelle qu'elle soit, ne nous satisfait que médiocrement. Nous croyons qu'en s'en tenant à la pratique des dites mesures, l'Europe courrait grand risque d'être envahie par le choléra, sur un point ou sur un autre; et l'on sait qu'alors, quoiqu'on fît, la généralisation de la maladie serait bien difficile à arrêter. L'Egypte est, par rapport au choléra venant de la mer Rouge, un véritable défilé par lequel il doit à peu près nécessairement passer pour pénétrer en Europe; mais c'est un défilé à la sortie duquel il se fait un rayonnement immense par des relations maritimes considérables avec tout le bassin de la Méditerranée. Comme défilé, comme porte à franchir, l'Egypte offre un obstacle naturel que l'on peut mettre à profit en y concentrant des moyens d'action; tandis que si l'on se contente de s'opposer, çà et là, au rayonnement morbifique qui en sort, il suffit d'un point faible dans la défense contre un ennemi aussi subtil que le choléra, pour faire perdre à toute l'Europe le bénéfice des mesures prises généralement. Que sur un point asiatique ou européen du bassin de la Méditerranée une côte soit mal surveillée, qu'un agent infidèle ou négligent permette des compromissions, et voilà toute l'économie de votre système défensif ruinée. Quelques pays, dans une position exceptionnelle, pourront encore se défendre, mais le gros du continent n'échappera pas à l'invasion de la maladie.

L'Europe entière est donc solidaire dans cette question, soit au point de vue commercial, soit au point de vue sanitaire. La négligence ou l'imprévoyance de l'un retombe sur tous.

Or, s'il est plus facile de se défendre contre un ennemi envahissant, en fermant la porte étroite par laquelle il doit nécessairement passer, qu'en l'attendant en rase

campagne et chacun chez soi, il est clair qu'il y a tout avantage et qu'il est d'un intérêt commun, que la porte de sortie d'Egypte soit fermée au choléra. Au point de vue sanitaire, il ne saurait y avoir de doute sur ce point.

Admettons qu'éclairés par l'expérience de l'année dernière, et que pénétrés, comme nous le sommes, de la presque certitude de préserver l'Europe, en mettant obstacle à ce que le choléra sortît d'Egypte, les Gouvernements européens se décidassent à interrompre, pendant la durée de l'épidémie cholérique dans ce pays, toute communication maritime avec lui, au moyen d'un blocus, et examinons ce qui arriverait.

En Egypte l'épidémie suivrait son cours, et n'y ferait ni plus ni moins de victimes que si la porte vers l'Europe était ouverte à l'émigration. L'expérience a montré combien était peu fondées les craintes de voir en pareil cas l'épidémie prolonger ses ravages. Et d'ailleurs l'obstacle à l'émigration maritime n'empêcherait aucunement la dissémination des habitants de se faire en Egypte même : les espaces déserts et les moyens de campement n'y manquent pas. Selon toutes les probabilités, en deux mois l'épidémie aurait parcouru toutes ses phases et serait éteinte; car dans ces pays chauds les épidémies cholériques marchent beaucoup plus rapidement qu'en Europe. Il y aurait donc à compter sur environ deux mois d'interruption des communications maritimes de l'Egypte avec le bassin de la Méditerranée. Il va sans dire que cette interruption ne porterait pas sur certaines communications urgentes qui, avec les précautions indispensables, pourraient être opérées sans danger.

Ainsi, il est bien évident que si, par une telle interruption, on parvenait à préserver l'Europe d'une invasion de choléra,—dût l'Egypte en souffrir un peu plus, ce que nous ne croyons pas,—on aurait rendu un grand service à l'humanité.

Mais, s'écriera-t-on, et les intérêts immenses du commerce, et le transit de l'Inde à travers l'Egypte, et le canal de Suez ? pensez-vous que tant d'intérêts de premier ordre s'accommoderaient d'une telle interruption et permettraient de la réaliser ? Nous admettons sans peine que ces grands intérêts verraient d'un très mauvais œil la dite mesure et nous ne doutons pas le moins du monde qu'ils ne soient assez puissants pour y faire obstacle. Mais, pour nous, la question n'est pas là : nous tenons seulement à établir que les intérêts bien compris de tout le commerce européen, même ceux des relations avec l'Inde, ne seraient pas opposés à l'interruption temporaire des communications de l'Europe avec l'Egypte, si cette interruption devait avoir pour résultat de garantir l'Europe d'une invasion de choléra.

Et d'abord qu'on veuille bien réfléchir qu'en admettant la mise à exécution des diverses mesures que nous avons proposées pour la mer rouge, il est à croire que l'éventualité supposée par nous ne se présentera peut-être jamais, et que si elle se présentait,

il n'y aurait qu'à choisir entre deux maux : ou le dommage limité à l'interruption temporaire des communications avec l'Egypte, ou le dommage immense causé par une invasion à peu près certaine du choléra en Europe. Or, en mettant de côté, pour le moment, la question humanitaire, que le commerce prenne la peine de supputer, de traduire en chiffres l'un et l'autre dommages, et qu'il voie de quel côté pencherait la balance ? Nous demandons si, tout compte fait, le commerce en général, voire même les puissantes compagnies qui ont le privilège des relations rapides avec l'Inde, ne reconnaîtraient pas, avec nous, que les dommages dont ils souffrent depuis plus d'un an par le fait de l'importation du choléra à travers l'Egypte—dommages qui ne semblent pas encore près de finir—ne l'emportent pas de beaucoup sur ceux qui eussent été la conséquence de l'interruption dont nous parlons ?

Voilà comment, selon nous, la question se pose au point de vue commercial.

Bien qu'à nos yeux la réponse ne soit pas douteuse, surtout si l'on y rattache le point de vue humanitaire, nous nous contentons d'énoncer la question, en appelant sur elle toute la sollicitude des Gouvernements que nous représentons.

La question à résoudre serait ainsi posée : *Dans le cas où une épidémie de choléra, venant par la mer rouge, se manifesterait en Egypte—l'Europe et la Turquie étant d'ailleurs indemnes—ne conviendrait-il pas d'interrompre temporairement les communications maritimes de l'Egypte avec tout le bassin de la méditerranée ?*

(adopté à l'unanimité moins Salem bey.)

B—Mesures contre l'importation du choléra de l'Inde en Europe par la voie de terre.

Nous avons d'abord ici à considérer la Perse par rapport aux moyens dont on conçoit l'application pour garantir ce pays contre le choléra venant de l'Inde, et relativement aux mesures qui pourraient y restreindre le développement des épidémies cholériques ; ensuite nous aurons à examiner les précautions que la Turquie et la Russie auraient à prendre pour se préserver elles-mêmes de l'invasion du choléra régnant en Perse, ou dans les pays voisins.

IX.

Mesures à prendre en Perse : organisation d'un système sanitaire ; précautions concernant les pèlerinages, le transport des cadavres, etc..

On a vu par quelles voies le choléra pénétrait en Perse, comment, au Nord-est, Hérat était en quelque sorte la porte obligée par où le choléra parti de l'Inde et venant de l'Afghanistan, par Kandahar ou Kaboul, gagnait Mesched et de là se répandait dans tout le pays. Nous avons fait remarquer que si l'importance stratégique de la position d'Hérat n'était pas moins grande au point de vue du choléra que sous le rapport militaire, il était à présumer malheureusement que la Perse, qui d'ailleurs n'a pas la possession d'Hérat, n'avait pas les moyens d'action suffisants pour protéger de ce côté la ville de Mesched. Nous ne pouvons donc que signaler l'importance de ce point stratégique sans nous y arrêter davantage.

Une fois que le choléra a gagné Mesched, le pèlerinage important dont cette ville est le théâtre y devient, de même que dans l'Inde, le principal aliment et la principale cause de propagation de la maladie. Joignons-y les nombreuses relations commerciales dont cette ville est le centre. Mais le pèlerinage le plus intéressant pour la question qui nous occupe, tant à cause du nombre des individus qui le composent et des circonstances particulières qu'il présente, que par le motif qu'il est une cause fréquente d'importation du choléra en Turquie, est celui qui a lieu à Kerbélah et autres endroits voisins de Bagdad, qui sont particulièrement vénérés des Chiïtes. Ce pèlerinage s'accomplit toute l'année ; mais la grande affluence a lieu surtout pendant le mois de Moharrem. A cette époque le nombre des pèlerins persans qui viennent dans les environs de Bagdad dépasse parfois 60 mille. Ils y arrivent de toutes les provinces de la Perse par caravanes qui , pour la plupart, viennent converger à Kirmanschah, ville située à petite distance de la frontière ottomane; de sorte que le gros des pèlerins arrivent par là. Le plus grand nombre franchissent la frontière par Khaneguine , d'autres au voisinage de Mendeli, d'autres encore près de Suleimanieh Un plus petit nombre venant des provinces du sud débouchent par Mohammerah ; enfin la plus faible portion , composée surtout de pèlerins indiens , suit la voie maritime et débarque à Bassora.

Ce pèlerinage produit donc chaque année en Perse, aux environs du mois de Moharrem, un grand mouvement convergeant de caravanes vers la Mésopotamie et plus tard un mouvement inverse ; de sorte que, dans un sens comme dans l'autre,

ces caravanes sont en Perse, comme en Mésopotamie, les agents propagateurs par excellence du choléra.

Une circonstance particulière, qui ajoute aux inconvénients de ce pèlerinage, c'est que les Persans ont la coutume d'y transporter avec eux les restes de leurs parents et amis, afin de leur donner la sépulture près des tombeaux des grands imams vénérés des Chiites. Ces débris humains, exhumés à différents degrés de décomposition, sont enveloppés dans des feutres, placés dans des sacs, dans des paniers, parfois dans des caisses, et sont portés à dos de cheval ou de chameau. Tout cela exhale une odeur infecte. Mais le pis est que les cadavres de ceux qui meurent en route sont ajoutés aux débris anciens, de telle façon qu'à mesure que chaque caravane approche de sa destination, elle s'enrichit de plus en plus de cadavres en putréfaction, et que pour peu que la mortalité ait été considérable, ce qui n'est pas rare, ces caravanes ressemblent à des charniers ambulants, qui répandent au loin des exhalaisons fétides. Il a été dit, dans le *Rapport général*, que quand les pèlerins persans étaient arrivés à Kerbélah exempts de choléra, on n'avait pas observé que les cadavres putréfiés qu'ils transportaient eussent fait naître le choléra parmi eux ; si bien qu'on ne saurait y voir une cause génératrice de la maladie; mais, d'un autre côté, il paraît bien établi que les miasmes putrides qui se dégagent des cadavres sont une circonstance aggravante quand le choléra sévit pendant le pèlerinage.

Par ces détails, joints à ceux donnés sur la fréquence des épidémies de choléra en Perse, nous pensons avoir mis en évidence qu'en Perse, tout comme dans l'Inde, les pèlerinages sont une cause principale du développement et de la propagation du choléra; et nous en concluons que si, dans l'état actuel des choses, il n'était pas au pouvoir du Gouvernement persan de se garantir contre l'importation du choléra venant de l'Inde, soit par terre, soit par mer, du moins lui serait-il permis de tenter quelques efforts pour diminuer l'extension de la maladie sur son propre territoire.

Dans ce but, nous estimons qu'il y aurait nécessité d'instituer tout d'abord en Perse un système sanitaire organisé sur le modèle de celui qui fonctionne dans l'Empire ottoman, c'est-à-dire composé d'une administration centrale appuyée par un Conseil de santé mi-partie européen, et ayant sous sa direction des offices sanitaires disséminés sur les points importants du pays.

Parmi les localités où il nous semble que la présence d'un Office sanitaire, pourvu d'un médecin spécial, serait d'une grande importance, nous plaçons en première ligne Mesched, Kirmanschah et Tauris. La ville de Mesched, comme centre de commerce et de pèlerinage, et comme étant, par sa position, tout particulièrement exposée à l'invasion du choléra venant de l'Afghanistan.

Si la Perse pouvait avec sécurité entretenir un médecin sanitaire à Hérat, nous lui conseillerions de le faire, à raison de l'importance extrême de cette localité, comme porte du choléra. Ce serait un poste d'observation.

Nous désignons Kirmanschah, comme étant le rendez-vous où convergent la plupart des caravanes de pèlerins qui se rendent à Kerbélah, et Tauris, comme centre commercial où aboutissent presque tous les produits persans, et d'où partent les deux grandes voies qui se dirigent, l'une vers les provinces russes trans-caucasiennes, et l'autre vers le territoire ottoman.

Les fonctions de ces offices principaux, qui pourraient avoir sous leur dépendance un certain nombre de postes secondaires, seraient en premier lieu de recueillir des renseignements exacts sur l'état sanitaire du pays; mais elles auraient surtout pour but la police sanitaire des pèlerins, et en général de toutes les caravanes.

Si le gouvernement persan croyait pouvoir organiser un système capable de défendre le pays contre l'importation par mer du choléra, il va sans dire que nous applaudirions à l'installation sur le littoral du golfe, notamment à Bender-Abas, en s'entendant avec l'imam de Maskat, à Bender-Bouchir et à Mohammerah, d'un service sanitaire convenable.

Quant aux pèlerinages persans, il nous paraît que toutes les mesures hygiéniques, ou autres, que nous avons approuvées pour l'Inde, seraient également applicables en Perse; nous croyons même que l'application des plus importantes de celles que nous avons conseillées y serait beaucoup plus facile. Ainsi, la plus efficace de toutes les mesures serait, sans contredit, de suspendre ou de supprimer tout pèlerinage en temps de choléra. Dans l'Inde, il y aurait peut-être à cela des obstacles insurmontables; mais en Perse, il n'en serait pas de même, selon notre collègue, M. le Dr Polak, qui nous a appris que deux fois déjà le Roi de Perse avait défendu, temporairement, le pèlerinage en pareille circonstance. Nous croyons donc qu'une telle défense devrait être de règle en temps d'épidémie cholérique. Nous pensons aussi que le système des teskérés, ou passe-ports de pèlerins, délivrés seulement à ceux qui ont les moyens de faire le voyage, devrait y être mis en pratique.

Relativement à l'exhumation et au transport des cadavres, il n'est pas entré dans l'esprit de la Commission qu'une telle coutume, liée à des traditions respectables, pût être impérieusement supprimée, malgré ce qu'elle a de funeste; mais nous sommes persuadés qu'il serait possible au gouvernement persan de rendre cette coutume inoffensive en rendant obligatoires certaines précautions très simples que voici : 1° ne permettre l'exhumation et le transport des cadavres que pendant les trois mois d'hiver, prescription déjà existante, mais tombée en désuétude; 2° exiger que les

cadavres, frais ou en putréfaction, soient embaumés au moyen de substances désinfectantes, parmi lesquelles nous signalerons les matières bitumineuses qui se trouvent en abondance dans le pays où passent les caravanes qui se rendent à Kerbélah ; 3° exiger également que ces corps , ainsi embaumés, soient enfermés hermétiquement dans des caisses métalliques, en fer-blanc, par exemple, qu'on se procure à très bon compte en Perse. Nous voudrions que les autorités s'opposassent à ce qu'aucun cadavres récent fût transporté sans les précautions ci-dessus indiquées.

Ainsi, selon nous, la Perse n'aurait pas de grands travaux d'assainissement à entreprendre, car, sauf au sud sur les bords du golfe et au nord sur les rives de la mer Caspienne, c'est un pays généralement salubre ; mais elle aurait grand besoin d'une organisation sanitaire ayant surtout pour but les mesures d'hygiène et de police appliquées aux pèlerinages, et aux provenances maritimes. Cela faisant, la Perse, la première, en recueillerait les principaux avantages, en ce qu'elle serait à coup sûr moins ravagée par le choléra ; puis elle aurait droit à la reconnaissance de ses voisins et de toute l'Europe qui, par suite, auraient moins de chances de recevoir le fléau.

X

Mesures à prendre sur la frontière turco-persane.

Ces mesures auraient pour but de garantir le territoire ottoman contre le choléra venant de Perse par terre, ou du golfe persique. On a vu qu'à cet effet il y avait déjà une ligne de défense, plus au moins bien organisée, depuis Bassora et même Faô, à l'embouchure du Chatt-el-arab, jusqu'à Bayazid au nord, ligne qui se prolonge, en suivant la frontière russe, jusqu'à Batoum sur la mer noire, pour le cas où les provinces trans-caucasiennes seraient envahies.

Le long de cette ligne immense se trouvent des postes sanitaires dont nous donnerons l'énumération en procédant du nord au sud.

D'abord *Batoum* dont nous venons de parler et qui surveille à la fois les provenances maritimes et celles par terre des provinces trans-caucasiennes ; puis *Ardahan* et *Kars* qui commandent les principales routes venant de ces mêmes provinces. Chacun de ces postes est la résidence d'un médecin sanitaire, et peut, au besoin, sans trop de difficultés,—vu le petit nombre de routes praticables—intercepter la plupart des communications d'un pays à l'autre.

La ligne turco-persane commence à Bayazid, au pied du mont Ararat, dans le

prolongement que le territoire-ottoman projette à la manière d'un bastion du côté de la Perse. Là, comme nous l'avons déjà dit, passe la grande route qui de Tauris mène à Trébizonde. Toutefois cette route ne traverse pas Bayazid, elle laisse cette ville à 4 heures de marche sur la droite, et s'engage dans un passage peu distant de la frontière, à *Kizil-Diza* où existe un grand lazaret où les voyageurs et les caravanes venant de Perse font, s'il y a lieu, quarantaine. Ce lazaret aurait besoin d'être complété sous plus d'un rapport pour la sécurité du pays et la commodité des quarantenaires. A ce poste est attaché un médecin et tout un personnel pour le service.

Plus au sud, et sur une route qui vient aussi de Tauris, en passant par Khoï, se trouve l'office sanitaire de *Kotur*, résidence d'un médecin. Cet office placé à l'extrême limite du territoire ottoman à 18 heures de marche à l'est de Van, est plutôt un poste d'observation, et au besoin de répulsion, qu'un lieu de quarantaine, vu l'absence de Lazaret. Cependant, en cas d'urgence, il serait possible d'y organiser quelque chose de provisoire. Dans l'intervalle, entre Kizil-Diza et Kotur, sont des postes de préposés pour la surveillance de la frontière, qui, à l'occasion, sont assistés par des gardes à cheval.

Tous les offices, ou postes sanitaires, qui viennent d'être énumérés relèvent d'un office central siégeant à Erzeroum, où réside un inspecteur médical de tout ce service.

Il y a là, comme on le voit, sur cette partie de la frontière, des éléments d'une organisation encore imparfaite, sans aucun doute, mais qui pourrait être perfectionnée et rendue réellement efficace moyennant quelques dépenses bien employées.

Au sud de Kotur, en descendant jusqu'à la hauteur de Révendouz et de Khoï-Sandjack, se trouve le partie de la ligne la plus mal surveillée et où même, pour certains points, la surveillance fait entièrement défaut. Mais il faut dire que cette partie de la frontière correspond à une région très montueuse habitée par des Kurdes pasteurs qui, à peu près indépendants, respectent peu les limites territoriales et passent sans aucun scrupule d'un pays à l'autre, selon les besoins de leurs troupeaux. On conçoit bien que dans de telles conditions la surveillance sanitaire ne soit pas facile à organiser. En compensation, par suite de l'accès difficile et du peu de communications de ce massif avec les provinces voisines, le choléra n'a pas de tendance à traverser cette région. C'est dans la partie sud que, de Suleïmanieh ou de Révendouz, nous l'avons vu cette année, pour la première fois, gagner la Perse par Saouk-Boulak.

Le premier poste sanitaire de la partie méridionale de la ligne est à Révendouz ou plutôt à quelques heures à l'est de cette ville, dans un défilé de la route qui à travers

les montagnes conduit de Mossoul en Perse. Ce passage a été évidemment très mal gardé cette année, puisque le choléra l'a franchi.

En avançant vers le sud on rencontre les postes les plus importants de cette frontière, *Suleïmanieh, Khaneguine* et *Mendeli* ; les deux derniers surtout placés sur les routes que suivent la plupart des pèlerins persans. Ces trois postes sont occupés par des médecins sanitaires qui relèvent ainsi que tout le service de la province, y compris celui de Bassora, de l'office central de Bagdad où réside un inspecteur général.

Après tout ce qui a été dit des importations de choléra à Bagdad par cette partie de la frontière, il faut bien reconnaître que, si ce service peut donner de bonnes informations sur les épidémies qui règnent de ce côté, il a été jusqu'ici impuissant à préserver le territoire ottoman de l'invasion du choléra. Cette impuissance tient à plusieurs causes, à la difficulté extrême de surveiller une frontière aussi étendue, à l'insuffisance des moyens mis en usage dans ce but, au faible concours et souvent au mauvais vouloir des gouverneurs de la province, circonstances qui ont rendu inutile le zèle des employés sanitaires. Nous croyons qu'il y aurait nécessité pour l'administration ottomane de perfectionner ce service.

La portion affectée à la défense de la province contre les arrivages maritimes du Golfe persique est encore plus insuffisante. Un poste sanitaire établi à Bassora est le seul de ce côté qui protège le territoire ottoman contre les importations cholériques ; et encore ce poste est-il réputé si malsain que depuis long-temps on n'a pas pu trouver un médecin pour l'occuper. Dernièrement on y ajouté un autre poste, plus près de la mer, à Faô, vers l'embouchure du Chatt-el-Arab ; mais ce dernier poste fût-il même occupé par un médecin comme l'a décidé le Conseil de santé, qu'il ne suffirait pas à garantir la province contre les pèlerins qui arrivent par Mohammerah, en ayant soin d'éviter Bassora.

Il y a donc du côté du Golfe persique insuffisance de moyens et par suite une voie dangereuse ouverte à l'importation du choléra. L'administration ottomane devra donc y songer très sérieusement. Quant à nous, en tenant compte des difficultés de toutes sortes que présente une organisation complète de ce côté, il nous semble qu'il serait peut-être plus sage de revenir à un ancien projet de défense qui protégeait Bagdad, du côté du sud, par des postes sanitaires appuyés sur la barrière que forment, avant leur réunion à Korna, le Tigre et l'Euphrate. Sans insister davantage, nous nous contentons d'appeler sur ce point l'attention de l'administration ottomane.

Vient maintenant la question des mesures à prendre en cas de choléra en Perse.

Pour ce qui regarde la partie septentrionale de la ligne dont le principal passage est à Kizil-Diza, comme de ce côté l'affluence n'est jamais assez considérable pour

amener un encombrement fâcheux et qu'il n'y vient qu'un petit nombre de pèlerins qui se rendent à La Mecque, nous croyons que les mesures ordinaires de quarantaine y suffisent, d'autant plus que jamais le choléra n'a pénétré par cette voie. Nous admettons néanmoins qu'il pourrait se faire que des circonstances extraordinaires y motivassent des précautions exceptionnelles, qui pourraient aller jusqu'à l'interruption temporaire des communications. Telle serait une épidémie grave sur la frontière avec rassemblement de troupes dans le voisinage.

La partie méridionale de la ligne, à partir de Révendouz jusqu'au Golfe persique, devrait être, selon nous, l'objet de précautions plus grandes par le fait du pèlerinage. Quelle que soit la vigilance sur cette frontière et l'énergie du concours des autorités, nous ne saurions admettre que si le choléra régnait en Perse parmi les pèlerins en route pour la frontière ottomane, il fût possible d'imposer à un aussi grand nombre d'individus voyageant à la fois une quarantaine efficace. L'expérience a prouvé que dans ce cas la quarantaine était toujours violée ou éludée et que le choléra ne tardait pas à envahir la province de Bagdad.

Afin d'éviter un tel malheur, nous serions d'avis qu'à la nouvelle de l'apparition du choléra en Perse—et cette nouvelle se répand d'ordinaire avec une grande rapidité—si l'on approchait de l'époque où d'ordinaire affluent les pèlerins, le Gouverneur de la province de Bagdad s'entendît avec les autorités persanes, soit pour suspendre entièrement le pèlerinage, soit pour n'autoriser qu'un nombre limité de pèlerins à se rendre par petits groupes à la frontière où, après quarantaine, ils seraient admis à continuer leur voyage pour les lieux saints. Il va sans dire qu'une telle mesure supposerait un accord préalable à ce sujet entre les deux Gouvernements.

En dehors des temps de choléra, les communications entre les deux pays pourraient sans inconvénients rester libres, pourvu qu'on possédât des notions suffisamment précises sur l'état sanitaire de la Perse.

Quant aux cadavres, en conséquence de ce que nous avons indiqué précédemment, ils ne seraient admis, en tout temps, sur le territoire ottoman que dans les conditions d'embaumement spécifiées.

Les provenances maritimes du Golfe persique devraient être constamment l'objet d'une surveillance attentive à Faô et à Bassora, de manière à soumettre à une quarantaine convenable tous les arrivages suspects. Pour plus de sécurité, il serait bien à désirer que l'on parvînt à obtenir que tous les navires naviguant dans ces parages fussent munis d'une patente de santé. Il faudrait pour en venir là que la Porte s'entendît sur ce point avec la Perse et surtout avec l'imam de Maskat dont le pavillon couvre presque toute la navigation du Golfe. Quant aux navires venant des posses-

sions anglaises, il n'est pas douteux qu'ils ne se soumettent bientôt à cette formalité.

On le voit, ce que nous réclamons pour la sécurité de la province de Bagdad suppose beaucoup de bon vouloir de la part du Gouvernement persan, et un énergique concours de la part des autorités ottomanes.

XI

Mesures contre l'importation du choléra par la Boukharie et les steppes de la Tartarie.

La Conférence doit, pour un instant, se transporter, avec la Commission, dans l'ancienne Bactriane, sur les rives de l'Oxus et jusqu'au Jaxartes, dans des contrées peu connues, habitées par des populations farouches, hostiles aux étrangers, surtout aux européens, où à peine quelques intrépides voyageurs ont pu mettre le pied au péril de leur vie ; nous voulons parler de tout le pays situé au sud-est de la mer Caspienne, et qui, limité au sud par la Perse et le Caboul, au nord par le Jaxartes, aujourd'hui *Ser-Daria*, s'étend à l'est jusqu'aux frontières de l'Empire chinois. Cette vaste région comprend, de l'ouest à l'est, le pays des Turcomans, Khiva, non loin de l'Oxus —*Amou-Daria*— et les déserts qui l'entourent, puis toute la contrée désignée sous le nom de Grande Boukharie, en y comprenant au sud les territoires de Balkh et de Kondouz, et au nord le Khokhan séparé de la Boukharie proprement dite par le Ser-Daria. De toute cette immense étendue de pays qui,—nous aimons à l'espérer,— sera bientôt acquise à l'influence de la civilisation européenne, la dernière portion, c'est-à-dire la Boukharie, a, pour notre sujet, un intérêt particulier. Là se trouvent des contrées fertiles, populeuses, des villes importantes, notamment Boukhara, des centres de commerce considérables ; là enfin fleurit une civilisation asiatique, barbare sans aucun doute, mais bien supérieure à celle des hordes nomades qui l'avoisinent.

La Boukharie a été souvent visitée par le choléra. Il résulte des renseignements recueillis sur ce point par M. le Dr Polak que, le plus ordinairement, la maladie y vient de *Mesched* avec les caravanes qui, de cette ville, établissent des relations commerciales importantes avec Boukhara. Cependant ce n'est pas la seule voie ; car il paraît établi qu'en 1828, et en 1845, le choléra y fut importé de l'Afghanistan, par la route de Caboul.

Quoiqu'il en soit, nous savons —et c'est là ce qui nous intéresse surtout pour le moment— qu'en 1829 le choléra, parti de Boukhara, a pu se faire jour à travers les

steppes de la Tartarie et parvenir jusqu'à Orenbourg, aux portes de l'Europe où, pour cette fois, il est venu expirer.

Comment a pu se faire cette invasion? et pourquoi est-il permis d'avoir la presque certitude qu'elle ne se reproduira plus ? Voilà ce que la Commission se propose d'exposer, à l'aide de renseignements précieux qui lui ont été fournis par un de ses membres, M. le Dr Bykow.

Un mot d'abord sur les steppes que traversent les caravanes pour se rendre de Boukharie à Orenbourg et à d'autres points du territoire russe. Du fleuve Oural jusqu'au Sari-Sou et au Ser-Daria, elles occupent une superficie d'environ 17 mille lieues carrées. Ce sont des plaines presque désertes, couvertes au printemps de broussailles, d'herbes gigantesques et entrecoupées d'espaces arides, sablonneux et imprégnés de sel vers les bords du lac d'Aral. L'absence de forêts et d'arbres en général, ainsi que la rareté des eaux courantes, sont les caractères principaux de ces steppes. Les champs labourés n'y occupent qu'une étendue insignifiante et ne se rencontrent guère que sur les bords du Ser-Daria et de ses affluents. Les déserts sablonneux les plus considérables qui se trouvent sur la route des caravanes partant de Boukhara, sont le Kizil-kouhm, entre cette ville et le Ser-Daria, puis le Kara-kouhm, qui s'étend jusqu'au nord du lac d'Aral. Les caravanes traversent Kizil-kouhm dans une étendue de 180 werstes, dont 160 sont entièrement dépourvus d'eau, et le Kara-kouhm, dans une longueur de 400. Au-delà de ce désert, entre le lac d'Aral et la mer Caspienne, se présente une chaîne de montagnes, connues sous le nom de Moukhodtchar, qui, sur l'autre versant, se perdent sur le plateau aride et sablonneux d'Oust-Ourt, lequel se termine à l'ouest par une pente escarpée.

La plupart des tribus Kirghises, surtout celles de la grande Horde, sont encore nomades; mais il y en a d'autres, dont le nombre augmente depuis quelques années, qui viennent chaque hiver se fixer dans les mêmes endroits.

La distance qui sépare Boukhara d'Orenbourg est d'environ 2,000 kilomètres que les caravanes mettent deux mois et plus à franchir, selon les circonstances. Les caravanes de Boukhara se dirigent sur Orenbourg, Orsk et Troïtzk ; celles de Tachkent, près de Khokhan, sur l'autre rive du Ser-Daria, se rendent à Troïtzk et à Pétropawlowsk, et celles de Khiva vont à Orenbourg et à Astrakhan, en touchant à Saraïtchyk, près de l'embouchure de l'Oural.

Le nombre des caravanes qui viennent annuellement dans chacune de ces villes, varie de deux à quatre. Elles arrivent d'ordinaire dans le courant du mois d'avril, de juin et de juillet.

La partie la plus difficile du voyage pour les caravanes de Boukhara, à raison de

l'étendue des espaces déserts, est celle qu'elles font pour atteindre le Ser-Daria et les endroits favorables au passage. Une fois le fleuve franchi, les lieux habités sont moins rares sur la rive droite qu'elles côtoient pendant un certain temps, en se rapprochant du lac d'Aral. L'itinéraire qu'elles suivent est constant, parce qu'elles y rencontrent moins d'obstacles naturels et y trouvent des vivres et de l'eau plus facilement que partout ailleurs.

L'immensité des steppes où ne se rencontre qu'une population dispersée par petits groupes nomades, les déserts à franchir, la longueur du voyage, depuis la Boukharie jusqu'à Orenbourg, ajoutez-y l'habitude des Tartares d'abandonner à la grâce de Dieu dans les steppes, les malades qu'ils supposent atteints d'affections contagieuses, voilà, certes, des obstacles sérieux à la propagation du choléra. Dans de telles conditions, on conçoit très bien que cette maladie n'ait pu réussir qu'une seule fois à se frayer par là un passage.

Il nous reste à montrer comment ce qui a pu avoir lieu en 1829 ne se reproduira probablement plus désormais.

On n'a jamais pu déterminer au juste si le choléra avait été importé à Orenbourg par les Boukhariens, ou par les Kirghises du voisinage de la ville. Quand la maladie fit subitement apparition, au mois d'août, parmi les militaires de la garnison et ensuite parmi les habitants, le bruit courait depuis déjà quelque temps que le choléra existait parmi les Boukhariens venus avec la caravane et parmi les Kirghises nomades des steppes voisins. Quoiqu'il en soit, il est certain que la maladie n'éclata en ville qu'après l'arrivée de la caravane de Boukhara, et après la mise en vente des marchandises qu'elle avait apportées.

Or, à cette époque, les limites de l'Empire russe, de ce côté, n'étaient pas à beaucoup près celles d'aujourd'hui. La rivière Emba, qui débouche au nord-est de la mer Caspienne, et une ligne presque droite tracée depuis ses sources jusqu'au fort d'Orenbourg formaient alors la frontière. Aucune surveillance ne pouvait être exercée sur les hordes Kirghises dispersées au-delà de cette limite; et le fleuve Ser-Daria offrait aux nomades, campés sur ses deux rives, un moyen facile de libres communications. A l'aide de barques et de radeaux, il s'y faisait un transport des produits de Khiva et de Boukhara que les Kirghises de la rive droite venaient ensuite échanger contre des marchandises russes. Bien que ces relations ne fussent pas bien actives, elles constituaient un danger par le défaut de toute surveillance sanitaire, et l'on comprend très bien que, de proche en proche, le choléra ait pu arriver d'une manière imprévue jusqu'à Orenbourg.

Aujourd'hui la situation est tout autre. Le fleuve Ser-Daria est devenu frontière de

l'Empire russe; des postes militaires y sont établis et en surveillent les principaux passages. Les médecins qui résident dans les forts bâtis sur les rives du fleuve sont chargés d'inspecter l'état sanitaire des hordes Kirghises et des caravanes qui le traversent. Il y a donc, dès à présent, une barrière sérieuse ajoutée , dans les meilleures conditions, aux obstacles naturels que présente le pays; et c'est ce qui nous fait dire que quand le Gouvernement russe, s'appuyant sur cette base déjà si bien organisée, y aura décidé la mise en viguer de mesures contre le choléra, il y aura bien peu de probabilités pour que cette maladie nous arrive jamais de ce côté.

Quant à une importation à travers les steppes qui s'étendent entre le lac d'Aral et la mer Caspienne , la chose paraît impossible, vu que ces steppes sont presque déserts.

Ainsi, grâce aux mesures déjà prises par le Gouvernement russe du côté de la Boukharie, et au complément qu'il jugera sans doute convenable d'y joindre, l'Europe ne nous semble pas avoir à craindre désormais une importation de choléra, à travers les steppes de la Tartarie.

XII

Mesures à prendre sur la frontière russo-persane.

La question qu'il nous reste à traiter ici est, à coup sûr, une des plus importantes pour le but à atteindre, puisqu'il ne s'agit de rien moins que de faire obstacle à la marche du choléra sur la route de terre qu'il a ordinairement suivie pour pénétrer en Europe. On nous permettra donc d'entrer à ce sujet dans quelques détails, qui nous permettront de faire voir, avec une certaine précision, où est le danger de ce côté et où, par conséquent, les mesures préventives seraient surtout nécessaires. Disons d'abord que tous les détails dans lesquels nous devons entrer nous ont été communiqués par notre collègue, M. le Dr Bykow.

Trois fois le choléra a été importé d'une manière certaine de Perse en Russie, savoir: en 1823, en 1830 et en 1847. Nous laissons de côté l'importation de 1829 à Orenbourg qui provint de la Boukharie, et qui, comme on sait, n'eut pas de suite.

L'importation de 1823 n'eut pas non plus de conséquences fâcheuses pour l'Europe ; la maladie s'éteignit à Astrakhan. Mais sa marche n'en est pas moins très curieuse à suivre. En 1822, le choléra qui régnait en Perse envahit les provinces de Mazandéran et de Ghilan, situées sur les bords sud et sud-ouest de la mer Caspienne. Après y avoir langui pendant les mois d'hiver , l'épidémie reparut en avril,

1823, à Recht, et, longeant le littoral, elle franchit la frontière russe à Astara, en juin, pour se manifester dans le khanat de Talych, aujourd'hui district de Lenkoran. Le 29 juin, cette ville était atteinte, mais le choléra n'y fit qu'une courte apparition. Le 13 juillet, il se déclara à Kourgalak, village à 5 kilomètres de Lenkoran; le 16, il apparut sur les îles de Salian ou Sari, près de l'embouchure du Kour, et bientôt il se propagea à la ville de Salian, située sur le fleuve. De Salian la maladie remontant le fleuve rayonna dans diverses directions; elle atteignit plusieurs villages de la vallée inférieure du Chirwan; puis, par des défilés et des terrains bas, elle se dirigea sur Kouba où elle apparut le 25 août. Le 11 septembre seulement le choléra se manifesta à Bakou sur la mer Caspienne au sud-est de Kouba. Enfin, le 22 septembre la maladie éclata inopinément à Astrakan, où les premiers cas furent constatés à l'hôpital de la marine sur deux matelots provenant du même équipage. Telle fut la première apparition du choléra en Europe.

L'importation de 1830 suivit exactement la même route, avec la différence que, cette fois, la maladie ne s'éteignit pas en chemin et eut la marche envahissante que l'on connait. Ainsi, pendant l'automne de 1829 le choléra sévissait dans les provinces septentrionales de la Perse; il sembla s'éteindre pendant l'hiver; mais au printemps de 1830, il reparut dans la province de Ghilan, à Recht, à Enselli sur la mer Caspienne. Vers le milieu de Juin la maladie se déclara dans la province de Chirwan et à Salian d'où elle s'étendit dans les districts de Bakou, de Kouba, de Derbent, dans le Khanat de Talych, la province de Cherka et le district d'Elisabethpol. De cette dernière ville la maladie remontant le Kour atteignit Tiflis à la fin de Juillet.

En même temps que le choléra remontait à l'ouest la vallée du Kour, il se propageait au nord le long du littoral de la Caspienne, et dès le 4 Juillet il se manifestait à Sedlistow, lieu de quarantaine à l'embouchure du Volga, sur un brick de guerre nommé Bakou et arrivé de l'île Sari. Le 20 Juillet la maladie éclatait à Astrakan sans qu'on ait pu déterminer au juste comment elle y était venue de Sedlistow qui en est distant de 90 westes. Le 4 août la maladie remontant le Volga avait déjà atteint Saratow.

La troisième importation de Perse en Russie—celle de 1846-47—reproduit à peu près les mêmes circonstances que la précédente. C'est encore de la province de Ghilan que le choléra se propage, en octobre 1846, dans les districts de Lenkoran et de Salian pour atteindre bientôt Chemakha (8 novembre), Bakou (14 novembre) et Derbent en décembre. Après une extinction apparente pendant les mois d'hiver, réapparition de la maladie en avril 1847, dans les districts de Samour, de Kouba et de Derbent, puis propagation à Témir-khan-Choury. De cette dernière ville transmis-

sion de la maladie à Kisliar en juin par un transport de soldats malades envoyés aux eaux minérales. De Kisliar la maladie se propagea parmi les Kalmouks dispersés dans les steppes jusqu'au Volga. L'épidémie éclata à Astrakan le 16 juillet, sans qu'on ait pu savoir précisément par où elle y avait été importée. Les uns prétendent que ce fut par les Kalmouks, les autres accusent les arrivages par mer. Le fait est que les premiers cas ont été observés le 15 juillet dans un établissement quarantenaire placé sur une petite île du nom de Birutchaja-kossa, d'où la maladie paraît s'être étendue à la ville.

De même que dans la précédente épidémie, tandisque le choléra longeait le littoral de la Caspienne, à partir de Salian il remontait la vallée du Kour, et, tout en rayonnant dans plusieurs directions, il atteignait la ville de Tiflis le 29 mai. Il faut noter qu'avant d'arriver à Tiflis la grande route qui y conduit de Bakou donne deux branches principales dont l'une se dirige au sud, passe par Erivan, Nakhchivan, Djoulfa, Ordoubaz et se continue vers Tauris. C'est la grande voie de communication avec cette partie de la Perse. L'autre branche se dirige à l'ouest sur Alexandropol et s'unit à la route qui conduit à Kars. Or, le choléra tout en avançant vers Tiflis s'engagea dans ces deux branches, par l'une desquelles il rentra en Perse, tandisque par l'autre il arrivait à Kars et envahissait l'Arménie turque.

De Tiflis, en suivant la route qui se dirige vers le littoral, le choléra se répandit dans les districts de Gori, de Koutaïs et atteignit Redout-kaleh sur la mer noire d'où il fut importé à Trébizonde.

Au nord de Tiflis l'épidémie suivit la grande voie militaire qui traverse la chaîne du Caucase à une hateur de 7,000 pieds et se manifesta à la fin de juillet sur l'autre versant à Stawropol.

Quant à l'épidémie qui a régné en 1852 dans le district d'Erivan, et qui serait la suite d'une quatrième importation de Perse, nous n'en avons pas le détail. Il résulte seulement de documents officiels que la maladie a traversé la frontière (sur quel point?) vers la fin d'août et que, dans le district d'Erivan, il y avait eu, jusqu'au 8 janvier 1853, 64 décès parmi les militaires.

De ce rapide, mais très intéressant aperçu, il résulte de la manière la plus évidente, que dans les trois premières invasions du choléra de Perse en Russie, la maladie est toujours venue des provinces persanes qui bordent le littoral sud et sud-ouest de la mer Caspienne (Mazandéran et Ghilan) et que constamment elle a suivi dans sa marche le même itinéraire,—sauf peut-être pour l'épidémie de 1852—se propageant de Recht à Lenkoran et à Salian, probablement par voie maritime; qu'une fois parvenue à Salian, c'est-à-dire dans le Delta marégaceux du fleuve Kour, la

maladie a marché dans deux directions différentes. D'une part, se répandant dans la vallée inférieure du Chirwan, elle se dirige vers le nord en longeant le littoral, et atteint tour à tour les villes de Bakou, Kouba, Derbent, Témir-khan-Choury, etc.; puis, elle se manifeste à Astrakan, empruntant, selon toutes les probabilités, pour y parvenir, les moyens de transport maritime; d'autre part, nous la voyons remonter la vallée du Kour, atteindre Tiflis, et, par les voies de communications, se répandre dans les provinces trans-caucasiennes, revenir en Perse par le sud, gagner le littoral de la mer Noire et le territoire ottoman par l'ouest, et même franchir le Caucase, au nord, par la route militaire qui le traverse.

Il y a donc de ce côté, comme on le voit, une route de prédilection pour le choléra, dont les étapes sont, pour ainsi dire, marquées depuis Recht; et il est bien évident, que sur ces côtes marécageuses et malsaines au plus haut degré existent des conditions favorables au développement et à la propagation de cette maladie.

Mais à considérer les choses de près, il est facile de voir que cette route si dangereuse est cependant assez étroite à son point de départ et que la grande probabilité de propagation ne commence qu'au moment où la maladie a envahi le delta du Kour, parce que là seulement commence le rayonnement dans tous les sens, soit au nord par le littoral, soit à l'ouest par la vallée du Kour et les routes qui la traversent. Quand le choléra sévit à Recht ou sur un autre point du littoral rapproché de la frontière russe, sans doute le danger est menaçant; mais en définitive la défense n'est pas impossible, puisqu'il s'agit principalement de se mettre en garde contre des provenances maritimes, la route de terre sur cette côte étant peu fréquentée et se trouvant limitée d'assez près par des montagnes faciles à défendre. Mais une fois la maladie à Lenkoran et surtout à Salian, la question change et déjà l'on peut prédire qu'à moins d'efforts très énergiques, peut-être même malgré tout, le choléra se propagera et menacera l'Europe dans deux directions, par la Russie proprement dite et par la mer noire.

L'expérience du passé, d'accord avec le bon sens, nous montre donc que la position qu'il importe le plus de défendre contre l'invasion du choléra est le delta du Kour. Cette défense est-elle praticable? Cette porte du choléra peut-elle être fermée, soit du côté de terre à Astara sur la frontière, soit du côté de la mer à Lenkoran et à Salian ou plutôt aux îles de Sari qui en sont proches? Nous ne saurions le dire; mais nous sommes bien convaincus que le Gouvernement russe, si intéressé dans la question, ne négligera aucun des moyens nécessaires pour y parvenir. Il va de soi que cela suppose une surveillance efficace sur tout le littoral russe de la Caspienne et des moyens de quarantaine organisés sur de nouvelles bases dans les prin-

cipaux ports qui ont des relations avec la Perse, notamment à Bakou et à Astrakan, où d'ailleurs existent déjà des lazarets.

Quant à la ligne de défense du côté de terre, elle comprend déjà un certain nombre de postes sanitaires dont les principaux sont à Astara, Belasouwar, Djébraïl, Charoura, et à *Djoulfa*, sur la route qui conduit de Tauris à Nakhchivan, et où existe un établissement quarantenaire.

Nous n'avons aucunement la prétention de donner des conseils sur ce qu'il y aurait à faire pour perfectionner l'organisation de cette ligne, non plus que sur la question des quarantaines de la mer Caspienne, le Gouvernement russe est bien meilleur juge que nous dans cette affaire, et comme ni les hommes compétents, ni les moyens d'action ne lui manquent, il est certain que tout ce qui est possible sera mis à exécution. Nous avons voulu seulement mettre en lumière l'importance extrême qui se rattache à l'organisation de la défense de ce côté, au point de vue de nouvelles invasions du choléra en Europe.

Résumé.

La Commission, parvenue au terme de sa tâche et de ses pérégrinations de par le monde, ne croit pas inutile de récapituler en peu de mots les principaux résultats de son travail.

Après avoir établi que les mesures de quarantaine, convenablement appliquées, sont en définitive moins onéreuses au commerce que les dommages causés par le choléra lui-même, elle a essayé de démontrer, par une esquisse à grands traits des routes suivies par cette maladie pour arriver en Europe, et en tenant compte des obstacles naturels qui se trouvent sur son passage, que plus on agirait près du foyer originel de la maladie, plus aussi il y aurait de chances de l'arrêter dans sa marche envahissante, en même temps que s'amoindrirait le préjudice causé par les mesures préventives.

Prenant pour base et pour plan de son travail ces considérations préliminaires, la Commission s'est occupée tout d'abord de ce qui concerne l'Inde, le foyer originel de la maladie, au triple point de vue de l'endémicité, du développement épidémique et de l'exportation du choléra.

Pour combattre l'endémie, dont l'extinction ne lui paraît pas impossible, elle compte beaucoup sur les mesures d'hygiène déjà pratiquées et sur les travaux d'assainissement en cours d'exécution, mais elle attache, en outre, une grande impor-

tance à l'institution de recherches suivies ayant pour but de découvrir les conditions spéciales qui entretiennent l'endémie cholérique.

Pour restreindre le développement épidémique,—à raison de la grande part qu'y prennent les pèlerinages hindous, —la Commission a applaudi aux sages précautions déjà prises, et elle a soumis au jugement des autorités anglaises compétentes l'indication de certaines mesures complémentaires dont on ne saurait nier les avantages, en les supposant praticables.

Enfin pour prévenir, autant que possible, l'exportation maritime du choléra, la Commission a proposé une série de précautions dont la principale serait l'application *généralisée* du *règlement* promulgué par la Compagnie des Indes, sous le nom de *Native passenger acte*, règlement qui pourrait être avantageusement modifié au point de vue de certaines précautions sanitaires.

Passant à l'importante question des mesures à prendre dans les pays intermédiaires entre l'Inde et l'Europe, la Commission s'est occupée d'abord des moyens de prévenir l'importation du choléra par voie maritime. Dans ce but elle a étudié en premier lieu la convenance d'un établissement sanitaire à l'entrée de la mer Rouge, et elle s'est prononcée très nettement sur l'utilité d'une telle institution, et sur les conditions indispensables à son fonctionnement convenable, sans méconnaître les difficultés qui pourront bien mettre obstacle à sa réalisation.

La Commission a étudié ensuite la question du pèlerinage de La Mecque dans toutes les particularités sanitaires qui s'y rattachent : organisation d'un service sanitaire sur le littoral de la mer Rouge ; précautions relatives au départ et à l'emparquement des pèlerins; mesures d'hygiène aux lieux de pèlerinage; mesures contre l'importation du choléra dans le Hedjaz, et enfin mesures à prendre contre les provenances du Hedjaz, en cas de choléra pendant le pèlerinage.

Après une étude approfondie, la Commission a formulé sur tous ces points des conclusions qui, selon elle, résolvent d'une manière satisfaisante et conforme à tous les intérêts, le difficile problème de préserver l'Egypte et par suite l'Europe de l'importation du choléra par les pèlerins.

Cela fait, et prévoyant que le choléra pourrait bien encore pénétrer en Egypte, la Commission a posé la question de savoir si, en présence du péril extrême dont l'Europe serait menacée, il ne serait pas sage et conforme à tous les intérets européens, d'appliquer momentanément à l'Egypte des mesures exceptionnelles. Mais, tout en laissant entrevoir son opinion, elle s'est abstenue de répondre.

La Commission arrivée à l'étude des moyens propres à empêcher une nouvelle invasion de choléra par la voie de terre, s'est trouvée en présence d'un problème

beaucoup plus complexe et plus difficile à résoudre que le précédent. Toutefois elle n'a pas reculé devant les difficultés de sa tâche, et si elle n'a pu donner de solutions bien rassurantes sur tous les points, elle pense avoir jeté quelque lumière sur le sujet et fourni des indications utiles.

En ce qui concerne la Perse, tout en comprenant combien serait chimérique la prétention d'empêcher l'introduction du choléra dans ce pays, nous avons néanmoins indiqué ce qu'il y aurait à faire dans ce but et les points du territoire à garantir; mais nous avons surtout insisté sur les précautions à prendre à l'intérieur du pays pour y restreindre le développement des épidémies de choléra; et, en tenant compte du rôle qu'y jouent les pèlerinages, nous avons indiqué les moyens d'atténuer les effets fâcheux du transport des cadavres. Là se bornait notre rôle de conseillers vis-à-vis de la Perse.

Nous avions dès lors à nous occuper des moyens de préserver la Turquie contre l'importation du choléra venant de la Perse par terre ou par le golfe persique. Nous n'avons pas dissimulé la difficulté d'y parvenir, ni combien la ligne de défense, surtout dans sa partie méridionale, présentait de points faibles. Néanmoins nous n'avons pas désespéré de diminuer les causes d'importation et d'épidémies de ce côté ; et nous en avons énuméré les moyens. En définitive, nous avons fait remarquer que si l'importation du choléra en Mésapotamie était chose fréquente, il était rassurant de savoir que jusqu'à présent aucune invasion en Europe n'avait eu lieu par le fait de ces importations répétées.

Relativement à l'importation en Russie, nous avons été heureux de constater que, grâce à l'extension des frontières de ce grand Empire et aux précautions sanitaires déjà prises sur les limites de la Boukharie, une invasion du choléra en Europe à travers les steppes des Kirghises, comme en 1829, était désormais peu probable.

D'un autre côté, nous avons fait voir que la voie la plus dangereuse, celle par laquelle avaient pénétré les deux grandes invasions de choléra en Europe se trouvait dans une zône très circonscrite sur le littoral sud-ouest de la mer Caspienne, et comment la maladie, parvenue dans le delta du Kour, avait une tendance, pour ainsi dire régulière, à s'étendre au nord et à l'ouest, pour atteindre l'Europe à la fois par les bouches du Volga et par la mer noire. Nous nous sommes efforcés d'appeler l'attention sur ce fait trop peu remarqué jusqu'ici, en insistant sur l'importance qu'il y aurait de concentrer de ce côté des moyens d'action capables d'empêcher l'importation de la maladie sur le territoire russe.

La Commission, ainsi qu'on peut le voir, n'a pas la prétention d'avoir donné la solution entière du grave problème soumis à son étude ; mais n'eût-elle fait qu'en préciser davantage tous les éléments, n'eût-elle fait que montrer la possibilité de fermer désormais, si non les deux portes d'entrée du choléra en Europe, du moins la porte maritime à travers la mer rouge, qu'elle ne croirait pas avoir élaboré un travail inutile. Elle aurait surtout cette conviction si la Conférence, partageant cette manière de voir, mettait, par son approbation, nos Gouvernements respectifs à même de s'entendre et de combiner leurs efforts pour atteindre ce but humanitaire.

Constantinople, le 20 août, 1866.

Les membres de la Commission :

COMTE A. DE LALLEMAND, *président*, F. BOSI, A. BYKOW, KALERGI, *secrétaire*, SALEM *bey*, A. SOTTO, VERNONI, A. FAUVEL, *rapporteur*.

ANNEXES.

ANNEXE A.

NOTE SUR LES TRAVAUX D'ASSAINISSEMENT ENTREPRIS DANS LES GRANDES VILLES DE L'INDE, SUR LES MESURES D'HYGIÈNE PRATIQUÉES A CALCUTTA, ET SUR LES ATTRIBUTIONS DES TROIS COMMISSIONS SANITAIRES PERMANENTES. (*Extrait d'un travail communiqué par M. Goodeve.*)

L'assainissement des villes de Calcutta et de Bombay a été entrepris sur une grande échelle.

A Calcutta on travaille depuis quelques années à un vaste système de drainage qui parcourt toute la ville et écartera toute infiltration du fleuve; en outre le Gouvernement du Bengale a sanctionné la construction d'un conduite d'eau et de canaux de distribution pour approvisionner la ville de bonne eau venant d'une distance de 25 kilomètres. Les cadavres ne sont plus jetés, à Calcutta, dans le Hooghly; l'usage en a été complétement défendu dans la ville. Les cadavres des hindous sont brûlés, et le bois pour la crémation des pauvres est fourni gratuitement par la Municipalité. Les anciens égouts de la ville qui étaient comblés ont été parfaitement nettoyés. Les lieux d'aisances publics ont été soumis à des règlements qui les ont beaucoup améliorés. Les matières en sont enlevées journellement et portées à une distance d'une lieue de la ville, où elles sont enfouies dans un endroit désert. On espérait, l'année dernière, que, sous peu de temps, aucune de ces matières ne serait plus jetée dans le fleuve, attendu qu'un chemin de fer était en construction pour servir à les transporter, ainsi que toutes les immondices, dans des seaux bien fermés, à distance de la ville. La municipalité a entrepris la construction d'un grand abattoir public dans les environs de Calcutta sur les meilleurs modèles d'Europe. Quand il sera terminé tous les abattoirs intérieurs seront supprimés. Tous les débris organiques, tous les animaux morts sont enlevés chaque jour et transportés, hors de la ville où ils sont brûlés dans un four *ad hoc* sans aucune mauvaise odeur. Toutes les industries nuisibles ont été bannies de l'intérieur de la ville. D'autres réformes importantes ont été encore commencées; mais nous en avons dit assez pour montrer qu'un assainissement réel est en cours d'exécution à Calcutta.

La ville de Bombay était depuis quelques années en voie d'améliorations; mais elle a fait plus de progrès récemment. La municipalité vient de recevoir une nouvelle organisation. Un système plus complet de nettoyage est en exécution; les rues sont élargies et une plus libre ventilation a été obtenue en même temps que beaucoup d'embellissement, par le terrassement des murailles de l'ancienne forteresse et la construction de nouveaux quartiers. Un système de drainage est en voie de construction. Récemment le Gouvernement a préparé un acte pour régler la largeur des rues et la hauteur des maisons, le minimum des ouvertures destinées à la ventilation des chambres, et pour limiter l'encombrement dans les maisons des pauvres.

La ville de Madras a moins fait en constructions nouvelles ; mais on prépare des plans d'aqueducs pour y amener de bonne eau d'une distance considérable, et pour un système de drainage.

En outre des villes capitales, l'assainissement de plusieurs autres villes et villages a été commencé, surtout des villes attenant aux stations militaires. Pour les stations militaires elles-mêmes, les plus grands changements sont effectués ou en progrès. Les casernes ont été agrandies et, dans plusieurs cantonnements, bâties à neuf, le tout sur un plan modèle qui renferme, en espace, ventilation, moyens d'ablutions, latrines, provision d'eau, etc. tout ce que l'hygiène la plus avancée peut indiquer. Le nettoyage des latrines se fait journellement, et le plus grand soin est donné au nettoyage des stations en entier.

Dans le commencement de l'année 1864 le Gouvernement fit un grand pas pour l'amélioration sanitaire de l'Inde par la nomination de *trois conseils de santé, ou commissions sanitaires permanentes*,— une commission pour chaque présidence ayant son bureau respectivement à Calcutta, à Madras et à Bombay. Ces Commissions sont composées d'officiers des services civils et militaires, d'ingénieurs, et de médecins. Les ordonannces qui les constituent les instruisent qu'elles doivent «donner des conseils et de l'assistance pour tout ce qui concerne la santé publique.» Ainsi le choix des nouvelles stations, l'amélioration des stations et des bazars déjà existants, l'examen des nouveaux plans de casernes et d'hôpitaux, la disposition des cantonnements et des bazars nouveaux, l'amélioration des villes indigènes, les moyens de prévenir et d'atténuer les maladies épidémiques, et, en général, la surveillance continuelle de toutes les conditions sanitaires de la population européenne et indigène, ainsi que l'indication des causes et des moyens de prévenir les maladies, sont du ressort de ces trois Commissions.

Les Commissions avaient aussi des ordres pour organiser des systèmes sanitaires généraux dans chaque présidence, et des conseils de santé locaux pour diriger le service des villes, pour l'institution des officiers de santé, l'enrégistrement des décès, etc.

Les plans d'organisation ont été soumis aux Gouvernements, qui les ont pris en considération. Ils renferment des indications très utiles, entr'autres celle de Commissions sanitaires locales exécutives qui ne peuvent pas manquer d'exercer une grande influence sur la santé publique et notamment en ce qui concerne le développement et la propagation du choléra.

ANNEXE B.

CONSEIL LÉGISLATIF DE L'INDE. *Act 21. du 5 Juin 1858.*

Titre.

Règlement *applicable aux navires et bateaux à vapeur destinés au service des passagers indigènes qui partent des possessions anglaises.*

Préambule.

Afin d'éviter les abus qui ont eu lieu par suite de l'entassement dans les navires chargés de Passagers *indigènes* faisant les voyages entre les possessions de la Compagnie de l'Inde orientale et les ports de la mer Rouge et du golfe Persique,—il a été arrêté ce qui suit :

ART. 1. Tout navire portant plus de trente passagers, natifs d'Asie ou d'Afrique, et qui fait des voyages entre les dites possessions, et les ports de la Mer Rouge et du golfe Persique, sera considéré comme navire à usage des passagers indigènes (*native passenger ship).*

2. Les navires faisant le service des passagers indigènes, ne pourront partir que des ports indiqués à cet effet par le Gouvernement (1) ; et après leur départ d'un point ils ne pourront plus embarquer aucun passager, sauf dans les autres ports désignés par le Gouvernement.

3. Aucun navire faisant le service des passagers indigènes ne pourra entreprendre un tel voyage, sans avoir pris un certificat de l'officier désigné *ad hoc.*

4. Toute contravention aux précédents articles de ce Réglement sera punie d'une amende qui n'excédera pas 100 Roupies (£10.) pour chaque passager embarqué en sus du nombre réglementaire. Cette amende sera payée, soit par le capitaine, soit par le propriétaire du navire, et le navire, au besoin, pourra être saisi pas le Chef de la Douane, jusqu'à l'entier payement de l'amende, et des frais occasionnés par cette saisie ; pourvu que la saisie ait lieu sur le territoire de la Compagnie de l'Inde dans un délai de deux années.

5. Le Gouvernement nommera des officiers pour l'exécution de ce règlement.

6. Le Capitaine du navire qui devra embarquer des passagers indigènes en informera l'autorité compétente, en indiquant en même temps la destination du navire, et l'époque du départ,—au moins trois jours avant de mettre à la voile.

7. Après que cette notification sera faite, l'officier désigné *ad hoc*, aura le droit, à tout moment, d'inspecter le navire, ses aménagements, ses moyens de rechange, ses approvisionnements, etc. Toute personne qui s'opposerait à une pareille inspection, sera punie d'une amende dont le maximum sera de 500 roupies (£50) pour chaque contravention.

8. Si l'officier le jugeait nécessaire, il aura le pouvoir de faire examiner le navire par un inspecteur naval compétent, aux frais du capitaine ;—et l'Inspecteur déclarera si le navire est d'après son opinion en état d'entreprendre le voyage.

9. Cet officier ne rédigera son certificat que lorsqu'il aura été satisfait des conditions suivantes :

A. Que le navire est en état d'entreprendre son voyage, bien équipé, bien aménagé, et bien aëré ; et qu'il ne contient aucune cargaison qui puisse nuire à la santé ou à la sûreté des passagers, soit par sa qualité, sa quantité, ou la manière dont elle a été arrimée.

B. Que l'espace destiné *(entrepont)* aux passagers contient au moins neuf pieds de surface, et cinquante-quatre pieds cubes d'espace pour *chaque* passager adulte ; c'est-à-dire pour chaque pas-

---

(1) *Note—Les ports désignés pour la Présidence de Bombay, par notification du 15 avril 1859, sont: Bombay, Surate, Kurachee et Aden.*

sager au dessus de douze ans, et le même espace pour deux passagers au dessous de cet âge.

C. Qu'il y ait sur le pont une espace libre de quatre pieds de surface pour chaque passager adulte.

D. Que des provisions, du combustible et de l'eau de bonne qualité soient mis à bord, bien arrimés, et en quantité suffisante pour servir à l'usage des passagers pendant la durée déclarée du voyage du navire, et d'après l'échelle ci-dessous.

10. Le navire ne pourra contenir plus de *deux personnes* (y compris capitaine, équipage, et passagers) pour *chaque trois tonneaux* de jaugeage.

11. Le capitaine du navire, avant d'entreprendre un pareil voyage d'un port du territoire de la compagnie de l'Inde, signera deux listes, sur chacune des quelles sera enregistré les noms de tous les passagers, et le chiffre de l'équipage ; et il les remettra au susdit officier, lequel après les avoir soigneusement vérifiées, contre-signera l'une d'elles, et la rendra au capitaine.

Le capitaine ensuite aura soin d'y inscrire la date, ainsi que la cause apparente de la mort de tout passager qui succomberait pendant la traversée ; et à l'arrivée du navire au port de destination ou à tout autre port où il aurait à débarquer des passagers– et avant d'avoir permis à personne d'aller à terre—il remettra cette liste à l'autorité consulaire Britannique, si le pays est sous la juridiction étrangère ; et au chef de la Douane, ou à tout autre officier nommé *ad hoc*, s'il est sous la juridiction Britannique.

En cas de refus, ou d'un faux commis par le capitaine dans la rédaction de cette liste, il subira une amende dont le maximum est fixé 500 roupies (£50) pour chaque contravention.

12. Si, après le départ du navire, d'autres passagersé taient embarqués sur un autre des points désignés *ad hoc* par le Réglement, ou si, après avoir pris des passagers d'un port étranger, le navire revient dans un port de la Compagnie de l'Inde, le capitaine devra prendre un nouveau certificat, et faire de nouvelles listes des passagers, rédigées conformément aux prévisions de cette loi.

13. Si le capitaine commet lui-même, on permet que l'on commette une fraude quelconque par laquelle le certificat ne repondrait plus à l'état réel du navire et de ses passagers,—il sera passible d'une amende dont le maximum sera de 2000 roupies (£200).

14. Dans les possessions britanniques les autorités compétentes du port de destination, et de relâche, aviseront les autorités du port de départ ou des autres ports, de toute circonstance importante qui pourrait se rattacher aux prescriptions de ce Réglement.

15. La copie authentique du procès-verbal d'une cour de justice, et le rapport légal de l'autorité Consulaire Britannique dans un port étranger—seront admis comme preuves, pourvu que ces documents aient été officiellement transmis à l'autorité britannique du lieu où la poursuite doit se faire.

16. Pour les fins de ce Réglement, la durée assignée au voyage des navires destinés au service des passagers indigènes, d'un port à un autre, sera proclamée de temps en temps dans une Gazette officielle.

17. Tout navire chargé de passagers indigènes aura, au moment du départ, des provisions de bonne qualité à l'usage des passagers (celles de l'équipage non comprises) dans les suivantes proportions :—Une quantité d'eau qui fournirait 5 *gallons* par semaine à chaque passager, pour tout le temps que doit durer le voyage ; eau qui sera conservée dans des caisses en fer (tanks) ou dans des barils sains ; une quantité de riz, farine, gruau, ou autres substances farineuses, telle à pouvoir en donner 7 *livres* en poids, par semaine à chaque passager, pendant toute la traversée. Et si le navire doit relâcher sur un point quelconque pendant le cours de son voyage, pour faire de l'eau,—qu'il en prenne la quantité suffisante d'après les proportions établies dans ce règlement.

Le Gouvernement local aura le droit s'il le juge nécessaire, de faire substituer par d'autres aliments ceux ici énumérés.

18. Les passagers qui auront stipulé de se fournir eux-mêmes leurs vivres, ne seront pas compris dans ce réglement—sauf pour leur approvisionnement d'eau.

19. Un navire venant de la Mer Rouge, ou du Golfe Persique, dans un port quelconque du territoire de la Compagnie de l'Inde, qui aurait à bord un chiffre de passagers au delà de celui établi par ce réglement payera une amende dont lemaximum sera de 50 roupies (£5) pour chaque passager en sus de la proportion établie.

20. Ce réglement ne sera pas appliqué aux navires de guerre, aux transports de l'Etat, et aux paquebots-poste anglais, ou étrangers.

21. Les bateaux à vapeur prenant des passagers, qui font la navigation le long des côtes du territoire de la Compagnie de l'Inde, auront un certificat dont les termes seront ci-après indiqués.

22. Le certificat sera donné, s'il le juge convenable, par un officier du Gouvernement et il restera en vigueur pour un temps déterminé et inscrit au dit certificat. L'officier chargé de ce service ne donnera pas le certificat, ou, l'ayant donné, le révoquera chaque fois qu'il ne sera pas satisfait de l'inspection faite au moins deux fois par année, aux frais du capitaine ou du propriétaire, moyennant une somme qui n'excédera pas 20 roupies (£2). L'inspection aura pour but d'établir que ce bateau est en état d'entreprendre les voyages de mer, qu'il est bien équipé, et fourni d'un nombre suffisant d'embarcations, et que sa machine est en bon état.

Le certificat indiquera les limites des voyages, et le chiffre des passagers indigènes que le bateau pourra prendre; ces conditions étant sujettes à des variations, selon la saison de l'année, la nature du voyage, et la cargaison du bateau.

23. Le propriétaire, ou capitaine, affichera une copie de ce certificat dans une partie du navire où il sera visible à tous à bord; le laissant ainsi, tant qu'il restera en vigueur. A defaut de quoi il payera une amende qui ne dépassera pas 200 roupies (£20) pour chaque contravention.

24. Si le bateau avait à bord un nombre de passagers au delà de celui prescrit dans le certificat, le propriétaire ou le capitaine payerait une amende qui ne dépassera pas 20 roupies (£2) pour chaque passager en sus.

25. Si un tel bateau entreprend son voyage sans certificat, le propriétaire ou le capitaine payera une amende dont le maximum sera de 500 roupies (£50).

26, Le certificat ne pourra être livré, ni révoqué, sans l'autorisation du Gouvernement local.

27. Si un passager indigène vient à être débarqué sur un autre point que celui pour lequel il a contracté, à moins que ceci ne se passe avec son consentement, ou par force majeure, le capitaine payera pour chaque contravention une amende dont le maximum sera de 200 roupies (£20).

28. Ce règlement n'affecte nullement les droits que, d'après leurs contrats, les passagers peuvent faire valoir contre le Capitaine, Propriétaire, ou Agent du bateau.

29. Toutes les offenses contre ce règlement seront *sommairement* punies devant un Magistrat. Si la personne condamnée est le capitaine ou le propriétaire du bateau, et si l'amende n'est pas payée conformément au décret du Magistrat, celui-ci pourra faire vendre le bateau, et ce qui lui appartient, afin de couvrir l'amende encourue.

30. L'application des pénalités, d'après ce réglement, pourra se faire dans la juridiction du Magistrat où le coupable sera trouvé.

31. Les pénalités établies par ce Règlement contre les capitaines, et les propriétaires des navires, ne pourront être requises qu'à la demande des officiers autorisés à donner des certificats, et, à défaut de ceux-ci, à la demande du chef de la douane.

32. *Application des pénalités.* Le magistrat en appliquant une pénalité prévue par ce règlement, aura le droit, s'il le juge convenable, de prélever tout ou partie de l'amende pour indemniser ceux qui auraient été lésés par le fait de la contravention et aussi pour couvrir les frais de procédure.

33. Definition des mots *Magistrat*, *Gouvernement local,* et *Capitaine* (Master).

34. Date de la mise en vigueur du dit Règlement: 1er *août* 1858.

W. Morgan

Secrétaire de Conseil législatif de l'Inde.

ANNEXE C.

RÈGLEMENT APPLICABLE AUX PÈLERINS DES POSSESSIONS HOLLANDAISES.

Le Gouverneur Général des Indes néerlandaises a soumis les pèlerins, par ordonance du 6 juillet 1859, aux obligations suivantes :—

1° Chaque homme ou femme de la population indigène, sous la domination du Gouvernement, qui se propose de faire le pèlerinage de La Mecque, sera obligé de prendre un passeport délivré par l'administration du district où il demeure.

2° Il ne pourra obtenir ce passeport que par l'intermédiaire du Régent respectif. Avant de délivrer ces passeports l'autorité sera obligée de s'assurer que les sollicitants ont les moyens nécessaires pour les frais de voyage (aller et retour), et qu'ils ont pris les mesures convenables pour l'entretien de leur famille pendant leur absence.

3° Le porteur du passeport est obligé de présenter et de faire viser son passeport quand il arrive dans un lieu où il y a un Consul ou Agent consulaire du Gouvernement des Pays-Bas.

4° A son retour il est obligé de s'adresser au Gouverneur du lieu de sa première arrivée dans les Indes Néerlandaises, qui mettra son visa sur le passeport, pour que le pèlerin continue son voyage jusqu'à l'endroit de son domicile.

Après son arrivée, il est obligé de se présenter immédiatement à l'Autorité du lieu de son domicile qui indique sur son passeport la date de son retour chez lui.

5° Seront punis d'une amende de 25 à 100 florins ceux qui auront fait le voyage à La Mecque sans s'être muni d'un passeport, ou qui auront commis une contravention à l'égard des articles 3 et 4.

6° Les passeports des pèlerins de la Mecque seront enrégistrés dans des dossiers spéciaux arrangés d'après le modèle indiqué dans l'ordonnance.

TABLE DES MATIÈRES.

N° 30.

SÉANCE DU 27 AOUT 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 27 août, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa trentième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour l'Espagne:

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M Kalergi, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ;

Pour l'Italie :

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

Mirza-Malkom-Khan, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur Sawas Efendi, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le Bn Testa, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur LENZ, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. EXC. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

M. Fauvel commence la lecture du Rapport qui porte pour titre: *Rapport sur les mesures à prendre pour prévenir de nouvelles invasions du Choléra en Europe* (annexe au procès-verbal N° 29.) et s'arrête à la conclusion de la première partie du 1er chapitre des *questions préliminaires.*

M. Maccas demande la paroel.

Il adhère, dit-il, à la solution que la Commission a donnée à la question : mais, selon lui, cette question n'aurait pas dû être posée. On ne pourrait la traduire autrement que sous forme de dilemme ou d'alternative : c'est comme si on disait à quelqu'un : Que préférez-vous, avoir des mesures restrictives et point de choléra, ou n'avoir point de mesures restrictives et vous exposer au danger d'une épidémie de choléra ?

Il est évident, dit M. Maccas, que pour poser cette alternative, on devrait avoir prouvé d'avance deux choses, savoir : 1° que les mesures restrictives (les quarantaines) peuvent garantir avec efficacité un pays du choléra ; 2° que le choléra peut ravager un pays malgré toutes les mesures hygièniques, y compris la désinfection, appliquées dans son intérieur, si l'on ne fait pas usage en même temps de mesures restrictives sévères.

Ces deux choses étant prouvées, il serait, fait observer M. Maccas, presque insulter quelqu'un que de lui poser cette question, alors même que les pertes occasionnées par le système quarantenaire seraient très fortes et surpasseraient les dommages résultant de l'invasion du choléra.

M. Maccas croit que dans un seul cas seulement une pareille question serait permise, cela serait dans le cas où on ne réussirait pas complètement à convaincre un gouvernement ou un pays de l'efficacité des quarantaines envers lesquelles ils seraient incrédules, ou bien à les convaincre de leur excessive crédulité à l'égard de l'efficacité des mesures hygièniques, appliquées seules et sans avoir recours au système quarantenaire. C'est alors seulement que l'argumentation qu'on vient de faire pourrait être de quelque utilité et que la question pourrait être justifiée. Et encore, poursuit M. Maccas, il faudrait supposer un pays ne pouvant subsister que de commerce, un pays dans lequel une interruption provisoire, ou une diminution de son commerce serait considérée comme un désastre aussi grand que la présence du fléau lui-même. Un tel pays ne consentirait à faire de si grands sacrifices qu'en faveur de mesures de nature à le garantir complètement, mais jamais pour des moyens qui ne lui promettraient qu'une garantie imparfaite.

Mais dès qu'on a reconnu et admis l'efficacité des mesures restrictives, il n'y a plus lieu, dit M. Maccas, de s'arrêter sur les dommages que subit le commerce.

Toutefois la question étant posée, M. Maccas voudrait la rendre plus complète en y ajoutant quelques mots pour faire entendre qu'on a exagéré les dommages que les quarantaines causent au commerce. En même temps il serait d'avis de n'établir aucune comparaison entre ces dommages et ceux qui résultent de l'invasion du choléra.

M. Dickson croit opportun de rappeler que la question des dommages, soit par les mesures restrictives, soit par une invasion de choléra, est une question purement relative. Il y a des pays qui ne souffrent nullement dans leur commerce par le fait de l'invasion ; dans ces pays, aux Indes par exemple, et en Angleterre, les mesures restrictives causeraient au commerce beaucoup plus de dommages que le choléra lui-même. Mais beaucoup d'autres pays se trouvant dans d'autres conditions souffriraient dans leurs transactions commerciales beaucoup plus par le fait du choléra que par les mesures restrictives. M. Dickson pense par conséquent qu'on

a bien fait de poser la question et de la résoudre dans le sens du Rapport, puisqu'il est incontestable qu'en Europe desurtout la solution ce.te question est d'un grand intérêt.

M. Monlau croit que cette question n'est pas de nature à occuper une Conférence Sanitaire : elle serait plutôt du ressort d'un congrès d'économistes : d'ailleurs, il y a manque de données exactes.

M. Monlau voudrait savoir quelles sont les *relations internationales* dont il est fait mention dans l'énoncé de la question. A ce propos, il demande si on a bien évalué les inconvénients des mesures restrictives pendant une guerre ou une révolte, etc.

Finalement, M. Monlau avoue ne pas comprendre la raison qui a décidé la Commission à prendre pour point de départ l'efficacité absolue des mesures restrictives, efficacité qui, de l'aveu même de la Commission, n'est que relative et très douteuse dès que le choléra a pénétré dans le bassin de la Méditerranée.

M. de Lallemand, dans l'intérêt de la discussion, expose, en peu de mots, ce qui s'est passé au sein de la Commission, à propos de cette question.

Quelques membres, dit-il, M. Van-Geuns, entr'autres, avaient entrevu dans cette question une autre question, celle des quarantaines. Mais on leur fit observer que la question dont on s'occupait supposait déjà résolue celle de l'efficacité des quarantaines. La Commission donc partant de l'hypothèse que: si les quarantaines sont bien pratiquées elles peuvent préserver d'une invasion cholérique, a conclu que les mesures quarantenaires ont des avantages et causent moins de dommages qu'une l'épidémie cholérique.

M. de Lallemand en outre fait observer que dans la conclusion il est dit que les mesures restrictives connues d'avance et convenablement appliquées sont beaucoup moins préjudiciables pour le commerce et les relations internationales que la perturbation qui frappe l'industrie et les transactions commerciales à la suite d'une invasion de choléra. Il est évident, dit M de Lallemand, que tout cela repose sur l'hypothèse de l'efficacité des mesures de quarantaine, acceptée d'avance et résolue affirmativement.

M. Goodeve opine que si les Gouvernements étaient convaincus de l'efficacité des mesures restrictives, ils n'hésiteraient pas à les adopter pour préserver du fléau les populations, n'importe à quels sacrifices pécuniaires. Le chapitre en discussion fait remarquer M. Goodeve, n'entre pas dans la question humanitaire, mais seulement dans celle des pertes ou des béné-

fices résultant des mesures restrictives considérées au point de vue commercial. La Commission, croit-il, a pesé trop fortement sur les pertes causées pendant les épidémies par les perturbations commerciales, et trop légèrement sur celles causées par les mesures restrictives. La balance, à son avis, dépend de plusieurs circonstances et elle peut varier dans différentes localités selon l'importance des relations commerciales entravées d'un côté, et la durée des mesures restrictives de l'autre. Dans quelques endroits le commerce est tout-à-fait suspendu pendant une épidémie, dans d'autres il n'est pas considérablement interrompu. Il n'est pas à croire que le commerce de Paris ou de Londres puisse être sensiblement arrêté parce que le choléra y règne. Ces villes auraient peut-être beaucoup plus perdu si elles avaient été assujetties, pendant de longs mois, à des mesures restrictives, comme cela aurait eu lieu si on avait pris de telles mesures quand le choléra commençait à les menacer. Or, conclut M. Goodeve, la question ne peut être véritablement résolue que par des chiffres, chiffres que la Commission n'a pas eu à sa disposition. Faute de cela, les conclusions au lieu de s'appuyer sur des faits, sont uniquement le résultat d'opinions,individuelles. M. Goodeve se voit obligé, par manque d'informations à ce sujet, de s'abstenir de voter sur la conclusion.

M. Fauvel signale la divergence d'opinions qui règne parmi les orateurs. Par les diverses remarques et objections qu'ils ont faites, on voit, dit M. Fauvel, qu'aucun d'eux n'envisage la question au même point de vue. M. Goodeve est d'un autre avis que M. Maccas, et M. Monlau a aussi une opinion à lui.

M. Fauvel peut répondre à M. Maccas et lui expliquer dans quel sens la question a été posée en se servant des paroles même de M. Goodeve. En effet, M. Goodeve a fait comprendre qu'indépendamment de la question humanitaire, la question, telle que la Commission l'a posée, renferme un autre point de la plus haute importance, savoir, le dommage et le préjudice que les mesures restrictives produisent dans le commerce là où elles sont appliquées. Il y a des pays, a dit M. Goodeve, qui croient qu'une épidémie cholérique cause moins de dommages que les mesures restrictives, et c'est à cause de cela qu'ils n'en veulent pas. Ce raisonnement continue M. Fauvel, a été tenu en Angleterre et ailleurs. Or donc, c'est là-dessus précisément que porte la question puisqu'elle met en balance le préjudice causé au commerce par le choléra et le préjudice qui provient des

mesures restrictives. Mais la question, fait observer M. Fauvel, considère aussi si les quarantaines peuvent causer d'autres préjudices, si elles peuvent, par exemple, augmenter la misère, produire la disette, etc. Tout cela prouve qu'on n'a pas eu tort de s'en occuper.

Pour ce qui est, dit M. Fauvel, des observations de M. Monlau, M. de Lallemand les a suffisamment réfutées et il a démontré que laCommission ayant pris une hypothèse pour point de départ, n'a fait que répondre à cette hypothèse.

La Commission, poursuit M. Fauvel, est bien loin de croire à l'efficacité absolue des mesures restrictives; elle ne les considère que d'une efficacité relative, et elle a eu soin de recommander que les mesures inutiles soient proscrites. Toute la question, selon M. Fauvel, consiste à savoir si les quarantaines et les mesures restrictives en général causent plus ou moins de dommage que le fléau lui-même. M. Goodeve et Van-Geuns raisonnent bien, d'après M. Fauvel, lorsqu'ils soutiennent que l'application des mesures restrictives, ne serait, dans certains pays, d'aucun avantage. La Hollande et l'Angleterre sont dans cette catégorie. Toutefois, M. Fauvel croit trouver l'explication de ce fait dans cette circonstance, à savoir, que ces pays ont moins souffert que d'autres à cause du choléra, moins, par exemple, que Marseille et même Constantinople dans sa dernière épidémie. On pourrait aussi ajouter que dans ces pays-là on ne croit pas à l'efficacité des mesures restrictives et on ne voit que le préjudice qu'elles causent. Ailleurs, aux Indes, par exemple, on s'est habitué au choléra, comme jadis Constantinople s'était habituée à la peste.

Finalement, dit M. Fauvel, on pourrait répondre à M. Goodeve qui croit que la Commission ne s'est pas appuyée sur des faits, et qu'elle n'a fait qu'exprimer une opinion, qu'à défaut de statistiques, la balance qu'elle a établie repose sur des renseignements fournis par des personnes compétentes, par des négociants. Or, l'opinion de la Commission ne peut tomber que si on démontre le contraire, ce qui n'a pas été fait.

M. Fauvel estime que l'addition proposée par M. Maccas n'est nullement nécessaire ; car l'idée qu'il a exprimée se trouve dans le corps du Rapport

Relativement à l'Angleterre, dit M.Goodeve, si on était sûr de l'efficacité des mesures restrictives, on ne tarderait pas à en faire l'application: chacun voudrait s'y soumettre plutôt que d'avoir le choléra.

Point n'est besoin, dit M. Bykow, de déclarer qu'en sa qualité de membre

de la Commission il partage complètement la manière de voir de M. Fauvel Mais il veut dire quelques mots en réponse à M. Maccas qui étant contraire à l'idée de comparaison énoncée dans le Rapport propose une modification où la comparaison existe de même. Sa modification, selon M. Bykow, ne change en rien le sens de la conclusion, c'est pourquoi il la considère superflue.

Sur la demande de plusieurs Délégués, M. le Président met aux voix le texte et la conclusion de la première partie du chapitre 1er des questions préliminaires.

La Conférence les adopte à la majorité de 20 voix contre 0.

Ont voté pour :

MM. Monlau, Spadaro, de Lallemand, Fauvel, Dickson, Kalergi, Maccas Salvatori, Bosi, Mirza-Malcom-Khan, Sawas, Gomez, Testa, Mühlig, Lenz, Bykow, Hübsch, Stenersen, Bartoletti, S. Exc. Salih Effendi.

Se sont abstenus de voter :

MM. Goodeve, Keun, Millingen.

M. Fauvel continue la lecture du rapport jusqu'à la moitié de la page 9.

M. Bykow demande la parole :

Il fait observer que dans le Rapport il est dit que le choléra menace la Russie par Nakhtchivan, bien qu'il ait ordinairement suivi d'autres routes. Pour que cette opinion, dit M. Bykow, émise par la Commission ne paraisse pas arbitraire et pour lui donner plus de consistance, il s'empresse d'ajouter que d'après les renseignements officiels qu'il possède, le choléra qui en 1845 sévissait en Perse, se manifesta dans la province de Kardaha au mois de septembre de la même année. Kardaha est contiguë au district de Nakhtchivan, donc il menaçait réellement cette province en 1846.

Le Rapport, dit Mirza-Malcom-Khan, a établi que le choléra va de Meched à la Boukarie. Cette voie ne lui paraît pas la plus naturelle, attendu que Boukara est séparée de Meched par un désert presque infranchissable. Ne serait-il pas plus naturel, se demande Mirza-Malcom Khan, de faire aller le choléra en Boukarie par l'Afghanistan tout autant que par cette même voie il entre en Perse?

M. Sawas est d'avis que dans le Rapport il n'y a pas d'inexactitude, il trouve seulement qu'il serait bon d'y ajouter quelque chose de plus précis, et il se réserve de le proposer dans une autre séance.

M. Fauvel en réponse à Mirza-Malcom-Khan rappelle que c'est M. Polak,

qu'on croyait bien instruit sur la Perse, qui a donné des renseignements sur Meched et la Boukarie. D'après M. Polak, des relations entre ces deux pays non-seulement sont possibles, mais elles existent, et il y a même des caravanes qui vont de l'un à l'autre pays. Toutefois, fait remarquer M. Fauvel, la Commission n'a pas dit que c'est la seule voie par où le choléra entre en Boukarie. Le Rapport dit dans un autre endroit que dans deux épidémies le choléra a pénétré en Boukarie par l'Afghanistan.

M. Testa, à l'appui de l'opinion de M. Fauvel, cite l'ouvrage tout récent d'un Anglais sur l'Asie Centrale où il est question des caravanes dont a parlé M Polak.

Malgré ces considérations, Mirza-Malcon-Khan trouve la chose assez difficile. Il a entendu parler de plusieurs voyageurs qui, après des années de voyage, n'ont pu pénétrer de ce côté-là en Boukarie. Mais c'est bien différent, dit-il, du côté de l'Afghanistan, l'identité de la religion et autres circonstances rendent les rapports et les communications assez faciles entre Boukare et l'Afghanistan.

Qu'il lui soit permis, dit M. Keun, de faire à son tour une petite observation sur une phrase qu'il a remarquée à page 8 du Rapport, où il est dit que Singapore, à l'extrémité de la presqu'île malaise, mérite une attention toute spéciale.

M. Keun déclare adhérer complètement à la conclusion contenue dans cette phrase, mais il ne peut pas en faire autant quant à celle du passage qui dit: Non seulement Singapore est un grand entrepôt commercial, mais par ses rapports constants avec la péninsule Indienne, elle paraît être aussi un entrepôt de choléra, etc.

M. Keun croit que la qualification qui est donnée à Singapore d'entrepôt de choléra est trop forte et même injuste. En premier lieu, dit-il, ce n'est pas par les relations de commerce qu'elle entretient incessamment avec la péninsule Indienne que Singapore peut être considérée comme un point dangereux. Malgré ces relations Singapore est une des localités de la presqu'île Indienne qui est beaucoup plus rarement que les autres attaquée par le choléra.

M. Keun est d'avis que l'attention toute spéciale que la Conférence doit porter sur Singapore provient uniquement de ce que son port est le point convergent ou de réunion de tous les pèlerins des contrées Indiennes qui viennent y chercher un embarquement pour se rendre dans le Hedjza.

A ce point de vue, dit M. Keun, le danger que Singapore peut présenter mérite certainement d'être bien étudié. Mais il croit que dans cette étude il faudrait prendre en considération un fait important, savoir, que le minimum de la navigation entre Singapore et le premier port de relâche sur la côte sud Arabique est de 50 à 60 jours, période pendant laquelle une épidémie de choléra contracté à Singapore aurait fait son cours ordinaire, et aurait eu le temps de s'éteindre avant l'arrivée du navire à Djeddah. Ne faudrait-il donc, se demande M. Keun, s'assurer si les navires arabes qui transportent les pèlerins, navires qui comme chacun sait se trouvent généralement dans des conditions d'hygiène très déplorables, et où les pèlerins sont entassés de la manière la plus inhumaine et la plus irréfléchie, ne faudrait-il pas s'assurer que ces navires, à leur tour, ne deviennent eux-mêmes, grâce à une longue traversée sous un ciel torride, des foyers d'où naît le choléra qui est apporté au Hedjaz ? Ne faudrait-il pas, en outre, s'assurer si les ports du Sud de la presqu'île Arabique, que l'on sait être très fréquemment visités par le choléra ne sont pas plutôt que Singapore, les sources d'où les navires arrivant de l'Inde avec des pèlerins, puiseraient la maladie, qui de là serait importée dans le Hedjaz ?

M. Keun exprime la crainte qu'en donnant à Singapore la qualification redoutable d'entrepôt du choléra, on y concentrerait trop l'attention de la Conférence tandis qu'on l'en détournerait des autres ports intermédiaires de la côte arabique dont l'état normal sanitaire est encore peu connu. C'est pourquoi M. Keun propose de supprimer les mots, entrepôt de choléra.

M. Bartoletti pense que le Rapport s'exprime bien relativement à Singapore, et il ne peut pas, dit-il, partager l'opinion de M. Keun qui a presque voulu dire que c'est de Mokalla que les pèlerins puisent le choléra. M. Bartoletti lui fait remarquer que les bateaux ne font pas directement le voyage de Singapore à Mokalla. Tant les documents hollandais que les rapports des autorités ottomanes et surtout ces derniers, ont pleinement constaté que les navires sortant de Singapore ont apporté le choléra même en passant dans une autre direction que Mokalla.

M. Dickson fait observer que le Rapport pèse trop sur l'importation du choléra dans le Hedjaz par la voie directe de Singapore. Il lui paraît peu probable qu'un voyage qui dure au moins 50 jours en pleine mer, puisse disséminer le choléra. En effet, dit M. Dickson, les provenances de Singa-

pore citées comme ayant l'année dernière donné cette maladie au Hedjaz, ne l'ont manifestée qu'après *relâche faite* sur quelques points du littoral arabique. D'autre part, M. Dickson croit que le véritable chemin suivi par le choléra dans ses transmissions de l'Inde, *voie de mer*, est le long de la côte de Mekan, et qu'il ne voyage jamais par *voie indirecte.*

La première épidémie de choléra en 1821, s'est dirigée, dit M. Dickson, de l'Inde vers Maskat, où il est arrivé au mois de juillet. L'épidémie de 1865 a eu pour son point de départ deux foyers d'émission très écartés l'un de l'autre: l'un était à Djeddah et l'autre dans l'Inde. Les deux courants, après un trajet plus ou moins considérable, se rencontrèrent dans les parages de Bouchir, néanmoins cette ville resta indemne.

De l'Inde la maladie s'avança le long de Mekram et se trouva, à la fin de mai à Minah, sur la rive Persane du golfe, à 60 m. à l'Est de Bender-Abbas. A cette époque la chaleur était tellement forte, que les habitants étaient forcés d'abandonner la ville, circonstance qui l'a probablement sauvée, en arrêtant vers Bouchir la marche de la maladie.

L'autre courant, continue M. Dickson, est parti de La Mecque, en suivant la route des pèlerins par Aneyzeh, vers la capitale des Wahabies, nommée Der Reyeh. De là, il se dirigea à Djahara, près de Koneït, ensuite à Chatt-el-Arab et à Bassora.

M. Keun reconnaît à chacun le droit d'interprêter les faits comme il l'entend. Seulement il s'inscrit contre la supposition que M. Bartoletti lui a prêtée de faire venir le choléra de Mokalla à Djeddah.

M. Bartoletti rappelle que les bateaux qui partent de Singapore touchent à la côte Indienne: Le germe cholérique peut, selon lui, rester latent dans les navires jusqu'à leur arrivée sur la côte Arabique, par exemple, où il peut se développer et se communiquer. M. Bartoletti partage l'avis de M. Dickson qui a dit que le choléra peut venir par la côte Arabique.

M. Goodeve, de son côté, ne cache pas son étonnement de voir dans le Rapport que Singapore est considérée comme un entrepôt de choléra Il croyait au contraire, que c'est un endroit où le choléra n'a paru qu'épidémiquement et même pas souvent. M. Goodeve est d'avis qu'on a fait beaucoup de cas de Singapore comme source de choléra pour le Hedjaz : or, elle ne peut d'aucune manière être considérée comme un grand foyer d'exportation maritime du choléra, et vu sa distance qu'on ne peut parcourir à moins de 50 ou 60 jours de voyage elle ne peut pas être bien compromettante pour le

Hedjaz. M. Goodeve n'entend pas revenir sur ce qui a été déjà dit à propos de l'importation cholérique de Singapore en 1865 : il se borne à dire qu'il n'est nullement prouvé, et qu'il n'est pas même probable que le choléra soit venu de Singapore au Hedjaz. A ce propos il est bien aise de voir que la Commission aussi dans un passage de son rapport reconnaît que l'importation directe n'a pas été rigoureusement démontrée.

Relativement à ce qui est dit dans le même endroit du rapport, que l'embarquement des pèlerins s'y fait dans des conditions on ne peut plus fâcheuses, M. Goodeve tient à faire observer que ce n'est qu'une partie des pèlerins qui s'embarquent dans de telles conditions, ce sont ceux qui voyagent dans des navires portant pavillon ottoman, mais ceux qui s'embarquent dans des navires portant pavillon anglais et qui sont régis par le règlement du *native passenger act*, voyagent dans de très bonnes conditions; sur 6 navires qui en 1865 arrivèrent de Singapore à Djeddah, dix portaient pavillon anglais et 16 seulement pavillon ottoman.

M. Fauvel, en réponse aux observations de M. Keun, rappelle que tout ce qui dans le rapport est relatif à Singapore a été principalement fourni par M. Van Geuns. C'est sur ses renseignements que surtout Singapore a été considérée comme point d'irradiation cholérique. En effet, continue M. Fauvel, Singapore a été présentée par M. Van Geuns comme l'endroit de réunion des pèlerins indiens venant de plusieurs endroits, même de Bengale; en outre il pensait que c'est de ce point que l'an dernier sont partis les navires qui pendant leur traversée ont le plus souffert de la maladie.

Relativement aux considérations faites par M. Goodeve sur les conditions fâcheuses de l'embarquement des pèlerins, M. Fauvel fait remarquer que le rapport ne dit pas que cet embarquement s'opère sur des navires portant pavillon anglais ; précisément dans d'autres endroits du rapport on a eu même soin de dire que pour se soustraire au règlement du « native passenger act », dont M. Goodeve a parlé, on prend le pavillon ottoman. Or ces navires, ajoute M. Fauvel, sont en nombre considérable, presque autant que ceux qui ont le pavillon anglais. Dans plusieurs endroits du rapport on trouve aussi, dit M. Fauvel, tout ce que M. Dickson a dit, presque exactement, quoique en termes différents même au sujet de Maskat. Donc, M. Dickson est parfaitement d'accord avec la Commission, à moins qu'il ne veuille nier la possibilité de l'importation du choléra des Indes à la mer Rouge.

M. Bartoletti confirme le fait cité par M. Goodeve à propos des seize navires dont dix portaient pavillon anglais et six pavillon ottoman. Mais il fait observer que d'après les renseignements fournis par M. Millingen, dix mille pèlerins javanais s'étaient embarqués l'année passée à Singapore, sans compter dans ce chiffre les pèlerins qui n'étaient pas sujets hollandais. Tout cela, selon M. Bartoletti, peut donner une idée du nombre des navires partant de Singapore et des conditions dans lesquelles s'effectue l'embarquement des pèlerins. Ce sont, pense-t-il, des conditions tout-à-fait exceptionnelles qui rendent Singapore un entrepôt commercial et en même temps un entrepôt de maladie. M. Bartoletti conclut que s'il n'est pas démontré, il est du moins très-probable, que l'an dernier le choléra soit venu de Singapore au Hedjaz.

M. Fauvel se demande comment serait-il possible de concilier ce fait, à savoir, que l'an dernier il y a eu 16 navires partant de Singapore et 10,000 pèlerins javanais, sans parler des non-hollandais qui ont dû s'y embarquer. Ces navires, fait observer M. Fauvel, n'auraient pu transporter qu'une partie des pèlerins, par conséquent tout le reste doit s'être embarqué sous d'autres navires dont on ne parle pas.

Un des documents, dit M. Keun, remis par les Délégués néerlandais à la seconde commission, est le rapport de M. Bougaret reçu de Djeddah et ayant trait à la condition des pèlerins javanais qui, l'année passée, se sont rendus dans le Hedjaz. Dans ce rapport il est fait mention de 3,000 environ de ces malheureux pèlerins qui avaient péri dans le désert en allant de Médine à La Mecque. M. Bougaret parle en outre de 800 passe-ports qui auraient été exhibés à Djeddah au retour des pèlerins javanais. Il parle aussi de la dénomination de javanais donnée indistinctement à tous les pèlerins de la presqu'île de Malacca et des districts indépendants de la domination néerlandaise. D'après ce même rapport, dit M. Keun, les chiffres constatés ne s'élèvent pas tous ensemble, à plus de 3800,

M. Millingen prévient qu'on fait confusion dans les dates entre 1864 et 1865. Le rapport du consul cité par M. Keun est relatif à l'année 1864.

M. Bartoletti considère cette effrayante mortalité presque comme impossible. Il a de la peine à comprendre que sur 3,800, 3,000 soient morts.

Sur la demande de plusieurs délégués Son Excellence le Président met la 2me partie du 1er chapitre aux voix jusqu'à la moitié de la page 9.

Elle est adoptée à l'unanimité.

M. Fauvel donne lecture de la fin de la 2me partie du 1er chapitre des questions préliminaires.

M. Keun demande la parole.

Son intention étant, dit-il, de voter en faveur du texte et de la conclusion de ce chapitre, il se croit en devoir de justifier l'apparente contradiction qu'on pourrait lui reprocher, puisque, il a déjà voté contre la première partie de ce même chapitre.

M. Keun a pensé qu'en concluant en faveur d'une application générale des mesures quarantenaires, on n'a pas assez tenu compte de la position respective de chaque pays afin d'établir la balance des avantages qu'ils peuvent en retirer, et, des conséquences plus ou moins désastreuses que les mesures restrictives pourraient exercer sur son commerce et sur son industrie. M. Keun croit que la conclusion sur ce point a été trop généralisée.

Il est incontestable, d'après M. Keun, que pour les ports de la Méditerranée où il y a possibilité d'appliquer ces mesures d'une manière exacte, elles doivent primer sur toute considération concernant les dommages et les pertes du commerce, mais les conditions sont bien loin d'être les mêmes dans les pays du Nord

Aux Pays-Bas, par exemple, quel résultat, se demande-t-il, pourrait-on espérer de l'efficacité des mesures quarantenaires? Ils sont, sous ce rapport, tout-à-fait dépendants de ce qui se passe en France et en Allemagne. Dans le cas où ces deux contrées seraient envahies par une épidémie cholérique, quelles mesures quarantenaires pourrait-on y adopter pour arrêter la marche du choléra vers leurs frontières ? Toute espèce de quarantaine qu'on y établirait même au détriment du commerce et de l'industrie des Pays-Bas serait, il faut en être convaincu, insuffisante et incapable de préserver ces pays. Il ne faut pas l'oublier, dit M. Keun, la Conférence a toujours fait peu de cas de la valeur des cordons sanitaires.

Le gouvernement des Pays Bas, continue M. Keun, avait institué cette année, au moment où le choléra passant de France en Belgique menaçait les pays-Bas, une commission médicale chargée de trouver les moyens d'établir une barrière contre l'invasion du fléau. Après bien des études et des recherches, on a dû reconnaître qu'il était impossible d'y parvenir, et que force était de se résigner à la probable éventualité d'une invasion.

Voilà pourquoi, dit M. Keun, il n'a pas cru devoir adhérer à la première

conclusion ; mais la question change complètement d'aspect dès qu'il s'agit de combattre une invasion par des mesures quarantenaires prises dans les lieux les plus rapprochés du foyer primitif.

L'efficacité de ces mesures telles qu'elles sont conseillées dans le rapport ne peuvent, selon M. Keun, être soumises à aucun commentaire.

Avant de terminer, M. Keun désire faire observer que la Commission aurait mieux fait de ne pas exprimer le doute décourageant qui se trouve à page 10 du rapport au sujet des mesures quarantenaires que le Gouvernement persan devrait prendre à Hérat et dans le golfe Persique à l'effet d'arrêter par la voie de terre les invasions du choléra. D'après tout ce qu'il connaît sur la Perse, M. Keun est porté à croire que le gouvernement de ce pays montre les plus louables dispositions et s'efforce d'entrer dans la voix des réformes, pour participer, autant qu'il lui est possible, au concert européen. Non seulement, dit M. Keun, grâce à l'esprit élevé du Souverain, mais encore grâce aux sentiments élevés de ses ministres et fonctionnaires, beaucoup d'améliorations ont déjà été réalisées en Perse et, tellement elle marche aujourd'hui dans le progrès, dit M. Keun, qu'elle accueillerait favorablement et avec empressement les vœux d'une Conférence où elle se trouve dignement représentée. Par conséquent, M. Keun croit qu'il serait préférable de remplacer le doute par le vœu que le gouvernement persan, dans l'intérêt bien entendu de ses populations et de celui de toute l'Europe, voulût bien instituer dans ses états une administration sanitaire aussi complète que possible et qu'il donnât à cette administration la mission de s'occuper activement et avec intelligence de l'accomplissement des mesures sanitaires développées dans le rapport.

Mirza-Malcolm-Khan, après avoir rendu justice à l'importance du rapport qu'on discute au double point de vue de la belle rédaction et des efforts qu'on a faits pour étudier la situation de la Perse par rapport au choléra, avoue qu'effectivement la Perse joue un grand rôle dans la dissémination de ce fléau, car elle le propage par deux voies, par le golfe Persique et par terre.

Toutefois, fait-il observer, le Gouvernement persan, ne pourrait, malgré la meilleure volonté, arrêter la marche du choléra que d'un seul côté, vers les frontières de l'Est. Là, il pourrait agir énergiquement et il serait à même de lui opposer une formidable barrière. C'est pourquoi

Mirza-Malcom-Khan voudrait que le Rapport s'exprimât plus énergiquement à cet égard, et appuyât avec plus de force qu'il ne le fait, sur les mesures qu'il incombe au gouvernement Persan de prendre de ce côté de l'Empire. Ces mesures le Rapport ferait bien de les poser très-nettement.

M. Sawas remercie M. Keun de l'avoir prévenu et d'avoir très bien exprimé ce que lui-même a dit, en maintes circonstances, à savoir, que Sa Majesté le Shah ne recule devant aucun sacrifice pour mettre ses Etats dans la voie du progrès et de la civilisation européenne.

M. de Lallemand approuve l'observation de Malcom-Khan. M. de Lallemand aussi voudrait, comme l'a proposé M. Keun, que le Rapport, pour être plus précis et pour ménager la juste susceptibilité des amis de la Perse, au lieu d'exprimer un doute décourageant envers le gouvernement Persan, adressât une exhortation à sa bonne volonté.

M. de Lallemand, conformément à cette manière de voir, propose de modifier la dernière partie du paragraphe concernant la Perse de la manière suivante :

« Il est donc de la plus haute importance que l'Europe insiste auprès du Gouvernement de S. M. le Schah de Perse pour qu'il établisse, en l'assistant par tous les moyens dont on dispose, sur les frontières de l'Est, des barrières efficaces contre l'invasion du choléra. »

M. Fauvel trouve cette modification bien conçue et l'appuie.

La Conférence se prononce dans le même sens.

Mirza-Malcom-Khan propose aussi de supprimer tout le passage du Rapport relatif à l'Imam de Mascat. Mirza-Malcom-Khan affirme que l'Imam n'a aucun titre sur le port important de Bender Abas.

M. Millingen lui répond que l'Imam, au contraire, est tout dans le golfe Persique, car c'est lui qui en a la clef.

Une discussion s'engage à ce sujet entre plusieurs Délégués, les uns soutiennent que l'Imam n'a qu'une autorité bornée, les autres qu'il gouverne en maître la navigation du golfe Persique.

Le débat n'amène à aucun résultat bien tranché, dit M. Stenersen, mais l'opinion de MM. les Délégués persans, qui reconnaissent à l'Imam l'autorité qu'on lui attribue, doit selon lui prévaloir, et doit décider la Conférence, qui a eu le droit de rayer du rapport les trois lignes qui se réfèrent à l'Imam.

La Conférence trouve qu'il suffit que leur déclaration soit enregistrée dans le procès-verbal.

M. Goodeve désire exprimer son opinion touchant le passage relatif à Pendjab. Dans le rapport il est dit qu'il y aurait beaucoup plus à attendre d'un système de précautions organisé dans le Pendjab même par les soins du gouvernement Anglais. M. Goodeve croit qu'il est impossible d'imaginer une position plus difficile à garder, par un cordon sanitaire, que le Pendjab. Une longue frontière cernée par des collines et des montagnes et occupée par des populations barbares ou très peu civilisées et souvent en tumulte, présente, selon M. Goodeve, un ensemble de difficultés presque invincibles. Ces difficultés sont de nature à empêcher un bon résultat quand même on emploierait la meilleure volonté.

Relativement à la question de Bab-el-Mandeb et à la question d'Egypte, M. Goodeve se propose d'y revenir lorsqu'elles seront de nouveau discutées. Pour le moment il fait ses réserves.

M. Bartoletti s'arrête un instant sur la question du service sanitaire de la frontière Ottomane, dont il est parlé à page 11 du rapport. M. Bartoletti avoue que ce service n'a jamais fonctionné avec suite et d'une manière régulière en vertu de dispositions établies par l'administration sanitaire. Mais il ajoute : ce service, tel qu'il est, peut du côté de terre être très-utile. En outre il fait remarquer qu'indépendamment des localités mentionnées dans le rapport il y en a plusieurs autres qui sont surveillées. même dans les défilés.

Sur la demande de la Conférence, M. le Président met aux voix le texte de la 2me partie du 1er chapitre,

Il est accepté à la majorité de 23 voix contre 0.

Ont voté pour :

MM. Sotto, Monlâu, de Lallemand, Fauvel, Goodeve (avec réserve, Dickson, Kalergi, Maccas, Bosi, Salvatori, Keun, Millingen (sous-réserve) Mirza-Malcom-Khan, Sawas, Pinto de Soveral, Gomez, Mühlig, Lenz, Bikow, Stenersen, de Hübsch, Bartoletti, Salem bey (avec réserve).

S. Exc. le Président met aux voix la conclusion de la 2me partie du 1er chapitre.

Elle est adoptée à l'unanimité.

M. Fauvel donne lecture du 2me chapitre. Mesures à prendre dans l'Inde, III (page 15).

M. Goodeve dit à propos de l'expression *choléra envahissant* qu'il ne connaît pas de différence, entre le *choléra envahissant* d'aujourd'hui et celui qui a de tout temps existé dans l'Inde. La diffusion, selon lui, ne serait pas due à une nouvelle qualité acquise par le choléra mais seulement à des circonstances qui auraient favorisé sa marche.

Relativement à ce qu'il est dit dans le rapport à page 19, il lui incombe le devoir, dit M. Goodeve, de déclarer que le gouvernement Anglais des Indes porte sa sollicitude tant sur la population indigène que sur les troupes de Sa Majesté la Reine de la Grande Bretagne, et qu'il s'occupe autant qu'il peut de l'état sanitaire des natifs uniquement pour le bénéfice de ceux-ci. Cela résulte, dit M. Goodeve, des instructions données aux commissions sanitaires permanentes.

M. Sotto est convaincu que la Commission a été bien loin de vouloir faire au gouvernement Anglais le reproche de ne s'occuper que de la santé de ses troupes et de les favoriser plus que les indigènes. M. Sotto rappelle à M. Goodeve que lui-même a, dans une séance de la Commission, avoué qu'il est très difficile de mettre dans l'Inde en application les améliorations sanitaires reconnues indispensables et cela à cause de la résistance des Hindous dont les préjugés s'opposent à la mise à exécution de toute mesure nouvelle. M. Sotto croit que telle a été l'idée de la Commission.

M. de Lallemand parle dans le même sens que M. Sotto. Mais la question importante, dans le sens de la Commission est, croit-il, de faire participer tout le monde aux bienfaits des mesures sanitaires. Là-dessus le rapport appelle l'attention du gouvernement Britannique.

Pour ce qui est de l'expression *choléra envahissant*, la discussion, dit M. de Lallemand, du rapport général, en a donné la définition en précisant le sens que la Commission y avait attaché: à savoir que depuis 1817 le choléra a pris un caractère expansif, progressif, envahissant qu'il n'avait pas avant cette époque.

M. Bykow ajoute que dans le rapport-général on avait même cité un exemple pour démontrer qu'à partir de 1817 le choléra a revêtu un caractère nouveau, une marche envahissante qu'il n'avait pas avant.

M. Fauvel dit qu'il se croit dispensé de prendre la parole pour réfuter les observations de M. Goodeve. MM. Sotto et de Lallemand l'ont prévenu, et ce qu'ils ont dit, croit-il, est suffisant.

A la demande générale, S. Exc. le Président met aux voix le texte et la

conclusion de la 3me partie du 2me chapitre, qui sont adoptés à l'unanimité.

Ont voté pour :

MM. Sotto, Monlau, de Lallemand, Fauvel, Goodeve, Dickson, Maccas, Kalergi, Salvatori, Bosi, Sawas, Gomez, Lenz, Bykow, Stenersen, de Hübsch, Bartoletti, Salih Effendi.

La séance est levée à 4 1/2 heures.

Ordre du jour de la prochaine séance.

Suite de la discussion du rapport.—Sur les mesures à prendre en Orient.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Dr NARANZI.—Bon DE COLLONGUE.

N° 31.

SÉANCE DU 30 AOUT 1866.

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 30 août, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa trente-unième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria SEGOVIA, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur MONLAU, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour la France :

M. le comte de LALLEMAND, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur GOODEVE, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. DICKSON, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople;

Pour la Grèce :

M. KALERGI, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. MACCAS, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. VERNONI, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie ;

M. le professeur FRÉDÉRIC BOSI ;

M. le Docteur G. SALVATORI, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. KEUN, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur MILLINGEN, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio GOMEZ, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le Bon TESTA, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

La séance est ouverte à midi.

Le procès-verbal de la 29e séance est lu par M. le Bon de Collongue et adopté après quelques rectifications faites séance tenante.

S. Exc. Salih Effendi donne lecture d'une lettre dans laquelle M. le Dr Lenz annonce qu'il est forcé de retourner à St.-Pétersbourg et exprime ses regrets de ne pouvoir continuer à prendre part aux travaux de la conférence.

M. Segovia regrette que son état de santé ne lui ait pas permis d'assister à la dernière séance et, partant, à la discussion de la 2me section du rapport de la 3me commission. Ce chapitre contient sur Singapore des renseignements que M. Segovia qui a habité cette ville pendant plusieurs années, ne croit pas complétement exacts. C'est à tort notamment qu'elle est représentée comme un entrepôt de choléra et comme un des grands foyers de son exportation maritime ; pendant toute la durée de son séjour, jamais M. Segovia n'y a vu le choléra revêtir la forme épidémique. Il arrive quelquefois des navires ayant des malades de choléra à bord, mais le fait ne se présente pas avec une fréquence telle qu'on ait dû établir un hôpital spécial pour les cholériques, comme on l'a fait par exemple pour les lépreux; les cholériques sont transportés dans les hôpitaux ordinaires et, que ce soit l'effet du climat ou de tout autre cause, on dit même que le nom-

bre de ceux qui se rétablissent est relativement considérable. M. Segovia signale comme exagéré le chiffre de 8 à 10,000 auquel est évalué en moyenne le nombre des pèlerins musulmans qui viennent chaque année s'embarquer à Singapore pour se rendre à La Mecque. M. le délégué d'Espagne rappelle enfin qu'il n'y a pas de port à Singapore, mais une rade magnifique, entourée d'îles dont quelques-unes sont aussi considérables que celle sur laquelle est bâtie la ville elle-même ; que les trois détroits de de la mer de Chine, de la Sonde et de Malacca par lesquels on entre dans la baie, y établissent des courants dont l'action combinée avec celle des marées entretient la propreté des eaux ; en troisième lieu, qu'il y a assez de fond pour avoir un mouillage d'une étendue telle que M. Segovia a vu à la fois jusqu'à 500 navires dans la rade sans qu'il y eût encombrement. Quant au climat, il est relativement sain et la chaleur seule peut le rendre dangereux pour les Européens. Cependant ils peuvent résider sans inconvénient à Singapore beaucoup plus longtemps qu'on ne peut le faire dans la plupart des villes de l'Inde.

M. le Dr Fauvel répond à M. Segovia qu'il se peut qu'il n'y ait pas eu d'épidémie cholérique à Singapore pendant la durée de son séjour, mais que ce qui est certain c'est que le choléra y a régné depuis et que notamment il y régnait en 1864. Pour ce qui est du nombre des pèlerins qui viennent s'embarquer à Singapore, nombre qui paraît exagéré à M. Segovia, la Commission l'a puisé dans des documents statistiques hollandais. Ces pèlerins qui ne proviennent pas seulement des possessions néerlandaises, mais de toute la presqu'île malaise, du Bengale, apportent fréquemment le choléra avec eux et ils le remportent ensuite lorsqu'ils se réembarquent sur les bateaux qui doivent les mener dans la mer Rouge; M. le Dr Fauvel croit que l'emploi du mot *entrepôt* qu'on trouve dans le Rapport est par là même pleinement justifié. Il n'a d'ailleurs jamais contesté la salubrité du climat de Singapore, le Rapport parle seulement des conditions fâcheuses dans lesquelles s'y fait l'embarquement des pèlerins ; or il résulte de documents officiels communiqués à la Commission qu'il y a encombrement sur les navires où des raccoleurs d'embarquement, si on peut s'exprimer ainsi, empilent à la lettre les pèlerins.

Ces observations entendues, la Conférence reprend la discussion du Rapport au point où elle avait été interrompue à la fin de la dernière séance, c'est-à-dire à la 4e section du chapitre II.

M. le Dr Gomez croit qu'il y aurait un bon parti à tirer de cette autorisation, de cette sorte de passeport ou de teskeré, que la Commission propose d'exiger des pèlerins et qui ne serait délivrée qu'à ceux qui auraient prouvé avoir les moyens de subvenir à leurs besoins. Sans parler de l'avantage d'écarter les pauvres, les plus redoutables au point de vue de la transmission du choléra à cause des mauvaises conditions hygièniques dans lesquelles ils voyagent, on pourrait ainsi constater le nombre des pèlerins, vérifier leur état de santé et transmettre ces renseignements aux localités situées sur leur route de manière à ce qu'on y prenne d'avance les précautions nécessaires. Ces teskerés pourraient enfin devenir une source de revenus qu'on consacrerait aux dépenses occasionnées par le pèlerinage, entretien des pèlerins, secours, etc.

Le Dr Salem bey admet l'utilité du teskeré comme mesure de précaution, mais ne croit pas à la possibilité d'en tirer un revenu quelconque.

M. le Dr Goodeve aurait désiré que le Rapport mentionnât le concours si utile que le Gouvernement a trouvé dans les Commissions Sanitaires des présidences de Madras et de Bombay lors des premiers essais faits dans ces provinces de mesures d'hygiène appliquées aux pèlerinages. M. Montgomery qui est membre et secrétaire de la Commission de Madras, attribue à M. Kingsley, alors pharmacien à Conjeveram, l'honneur d'avoir suggéré l'idée des mesures d'hygiène prises dans cette station pendant le pèlerinage.

M. le Dr Goodeve qui avait fourni à la Commission les renseignements qu'elle donne (page 20) sur le nombre des pèlerins qui ont visité en 1865 les lieux de pèlerinage dans la province de Bombay, signale d'autre part une erreur de chiffres dans ces indications : ce n'est pas entre 2,000 et 50,000 qu'a varié le nombre des pèlerins, mais bien entre 2,000 et 100,0000; sur trois points on a compté jusqu'à 100,000 pèlerins. M. le Dr Goodeve déclare enfin qu'il n'admet pas la possibilité d'exiger un teskeré des pèlerins et que par conséquent il s'abstiendra de voter cette partie des conclusions de la Commission.

M. le Dr Bartoletti rappelle que la mission médicale ottomane envoyée cette année dans le Hedjaz, a pris des mesures analogues à celles qui ont été appliquées dans les présidences de Madras et de Bombay. En présence des bons résultats obtenus à La Mecque, il n'hésite pas à appuyer les conclusions du rapport

D'après M. le Dr Mühlig, la Commission ne serait pas assez affirmative

en disant quelle ne pense pas que la quarantaine d'observation de 48 heures qui est imposée, dans le Gouvernement de Bombay, aux pèlerins ayant le choléra parmi eux avant de leur permettre l'entrée des villes, soit une précaution suffisante; c'est là évidemment une mesure complètement illusoire.

La 4e section est mise aux voix et adoptée à l'unanimité, texte et conclusion. M. le Dr Goodeve fait ses réserves pour 1re partie de la conclusion.

Lecture est donnée de la 5e section (chapitre II).

Singapore étant un des points où la Commission recommande la création d'un service sanitaire, M. Segovia reconnaît l'utilité de cette institution, mais toutefois sans admettre qu'elle y soit plus indispensable qu'ailleurs. Le nombre des pasagers qui s'embarquent à Singapore est moins considérable que ne le croit la Commission. Il en vient des possessions hollandaises, également des Celèbes, mais très-peu de la péninsule malaise. Quant aux pèlerins de l'Inde, il suffit de regarder la carte pour voir qu'il ne peuvent venir s'embarquer à Sinpapore sans faire un détour considérable que rien ne justifierait.

M. le Dr Goodeve se demande comment on pourrait expliquer que des capitaines anglais pussent, comme il est dit dans le Rapport (page 23, 2e alinéa) s'affranchir des prescriptions de l'acte de 1858 lorsqu'ils viennent à Djeddah. Il y a dans ce port un consul anglais dont la mission est de surveiller l'exécution des règlements et les capitaines qui seraient en contravention ne sauraient en éviter les conséquences. M. le Dr Goodeve ne trouve pas qu'il soit bien démontré que les deux navires cités par le Rapport, le *North Wind* et le *Persia*, fussent dans ce cas ; il est dit que ces bâtiments avaient à bord l'un 632 passagers et l'autre 530, mais il ne faut pas perdre de vue que dans ces chiffres sont compris les équipages ; or il résulte d'un rapport du consul d'Angleterre à Djeddah que le *North Wind* avait 79 hommes d'équipage et le *Persia* 37, ce qui réduit le nombre des passagers à 553 pour le premier et à 493 pour le second. Un bâtiment pouvant d'ailleurs, aux termes de l'acte de 1858, embarquer un homme par chaque tonneau et demi de jauge, équipage et passagers compris, le *North Wind* et le *Persia* seraient d'après cela des navires l'un de 948 tonneaux et l'autre de 795, tonnage qui n'a rien d'extraordinaire. Pour ce qui est du *Sydney* également cité dans le Rapport, on doit tenir compte de ce que ce navire a pour ainsi dire été pris de force par les fuyards, c'est là un cas de force majeure.

En ce qui concerne les teskerés, M. le Dr Goodeve a de la peine à croire qu'on puisse songer à les rendre obligatoires aux Indes comme ils le sont dans les colonies néerlandaises et surtout que cette mesure ait tous les avantages qu'on suppose. Les Pèlerins hollandais y gagnent uniquement d'être exploités lorsqu'ils arrivent à la Mecque, il ne leur reste plus rien au bout de peu de temps, souvent même, ainsi qu'on l'a vu dans un Rapport du consul des Pays-Bas à Singapore, ils sont forcés de vendre temporairement leur liberté pour se procurer l'argent nécessaire à leur retour.

Le Dr Salem bey, fait observer qu'il est possible que le *native passenger act* soit bien observé dans les ports anglais, mais qu'ailleurs il n'en est certainement pas de même. En 1865, les navires anglais qui transportaient les pèlerins de Djeddah à Suez étaient encombrés, et ce n'est pas parce que ces pèlerins y avaient pris passage de force, mais uniquement parce que ces bâtiments cherchaient par tous les moyens à faire concurrence à ceux de l'*Azizié.* Cette année où l'on a exercé une surveillance plus sévère, il est arrivé plusieurs fois qu'on a dû, au moment du départ, exiger le débarquement de centaines de passagers.

M. le Dr Bartoletti ajoute qu'on ne peut calculer exactement, en raison du tonnage nominal d'un navire, le nombre de passagers qui peuvent s'y embarquer. Il ne faut pas oublier que les bâtiments ne transportent pas seulement des pèlerins, mais aussi des marchandises, telles que du riz, des céréales, etc. Il serait à désirer que le *native passenger act* fût observé partout et notamment dans la Mer Rouge, mais il n'en est pas ainsi et il n'est pas même toujours appliqué à bord des navires anglais. La concurrence fait qu'on dépasse presque toujours le nombre règlementaire. Un des médecins de la mission ottomane a vu cette année un navire anglais venant de Jambo sur lequel il y avait une telle quantité de pèlerins qu'on avait dû établir un second étage sur le pont pour les recevoir.

M. le Dr Millingen, à propos des teskerés et de la difficulté qu'il y aurait, d'après M. le Dr Goodeve, à les rendre obligatoires, fait remarquer qu'il n'y aurait rien là qui fût en opposition avec les prescriptions de la loi religieuse des mahométans ; Mahomet lui-même n'impose le pèlerinage qu'à ceux qui sont en état de faire le voyage de La Mecque. Or les trois plus célèbres Imams de la loi Musulmane expliquent ainsi ce que Mahomet entend par être en état de faire le voyage. Shafy croit que le prophète a

voulu parler des provisions et même de la monture nécessaire au pèlerin ; Malek de la santé du corps et des ressources pécuniaires dont il a besoin pour subvenir aux frais du voyage; Abou Kanifé des provisions et en même temps de la santé. On exige dans les possessions néerlandaises que ceux qui veulent faire le pèlerinage justifient qu'ils en ont les moyens, mais beaucoup échappent à cette obligation en allant à Singapore où ils s'engagent pour payer leur voyage.

M. le Dr Millingen lit ensuite les extraits suivants d'une dépêche du consul des Pays-Bas à Singapore à S. Exc. M. le ministres des affaires étrangères à la Haye en date du 14 mars 1866. Les informations contenues dans cette dépêche déjà plusieurs fois citée précédemment dans le cours des travaux de la Conférence, offrant de l'intérêt au point de vue des questions qu'elle discute en ce moment, il est décidé, sur la proposition du Dr Salem bey, que les extraits lus par M. le Dr Millingen seront reproduits *in extenso* dans le procès-verbal.

« . . . Il n'y a aucun doute que l'apparition du choléra en Arabie ne » doive être attribuée en partie aux voyages des pèlerins qui se rendent » dans ce pays et qui ne sont pas tous des sujets des Indes néerlandaises, » mais aussi des indigènes d'ici, de Malacca, de Sarawah, Johon, Padang, » Mwar, et de tous les petits Etats libres de la Péninsule Malaise. Tous ces » pèlerins arrivent ici sur des navires ou petits bateaux, et y attendent la » première occasion favorable pour entreprendre le voyage saint . . . . .

» Le voyage va enfin être entrepris. Les Sheicks ont cherché et trouvé » les moyens de s'embarquer; si le voyage a lieu avec des navires anglais, » tout va ordinairement assez bien, la loi ne permettant pas aux navires » sous pavillon britannique de prendre plus de deux passagers par tonneau » et le Gouvernement ici ne tolérant pas le départ avant que les experts » du Lloyd n'aient visité le navire et se soient enquis si la ventilation est » bonne et s'il y a de l'eau potable en quantité suffisante. Chaque pèlerin » prend avec lui sa provision de riz, le prix du passage est pour les fem- » mes qui restent ensemble derrière dans la cabine de P. 18, et pour les » hommes de P. 12, 13 ou 16, selon que leurs bagages se composent d'un, » de deux ou de trois colis. Ordinairement cependant on trouve des navi- » res sous pavillon turc et arabe qui ne sont pas soumis à la loi ici, et que » les pèlerins préfèrent aux navires anglais parce que le croissant, sym- » bole de leur foi, flotte à bord. Ces navires sont ordinairement et presque

» toujours des vaisseaux de construction européenne, mais condamnés
» comme ne pouvant plus servir et de si mauvaise qualité qu'aucune
» compagnie au monde ne voudrait les assurer ; la seule chose dont on
» puisse s'étonner, c'est qu'un seul de ces navires arrive au but du voyage,
» d'autant plus que ceux qui en ont le commandement sont des Arabes,
» plus habiles en général à chanter des versets du Coran qu'à conduire
» leur navire. A bord de ces bâtiments, les passagers sont entassés d'une
» façon qui paraît inhumaine ; leur nombre est le double de celui que la
» loi anglaise admet, et on laisse aux pèlerins eux-mêmes le soin de se
» caser, tandis qu'aucune précaution n'est prise pour assurer une bonne
» ventilation ou procurer les choses nécessaires pendant la traversée. Les
» armateurs ont seulement soin qu'il y ait une provision de riz à bord
» afin de pouvoir le vendre à des prix usuraires aux pèlerins dont la
» provision est épuisée . . . . Il est connu qu'en 1864, le choléra sévissait
» avec plus ou moins d'intensité à Java et ici et les renseignements que
» j'ai pris m'ont prouvé que des indigènes attaqués de cette maladie ou
» des convalescents se sont embarqués dans cet état ; les conséquences
» n'étaient pas difficiles à prévoir. Quel champ fertile pour une maladie
» contagieuse ! des passagers malpropres, entassés comme des moutons,
» sans la ventilation nécessaire, dans un navire impropre au service, pre-
» nant même l'eau quelquefois, et tout cela sous les rayons ardents du
» soleil des tropiques? il n'est pas étonnant que le choléra s'étende dans
» de pareilles conditions et que quelques-uns de ces navires de Hadjis
» soient considérés comme des repaires pestilentiels donnant la maladie
» dans toutes les localités où ils débarquent leur cargaison humaine . . . .
» Nul ne peut donner une idée de la saleté à bord : la puanteur est si in-
» tense que je pourrais citer les exemples de commandants d'autres na-
» vires qui à cause de l'odeur infecte que ces navires de Hadjis répandent
» ont dû lever l'ancre et changer de place afin de ne pas se trouver sous
» le vent et de pouvoir respirer un air plus pur . . . . .

» . . . . . On pourrait cependant prendre des mesures contre l'encom-
» brement à bord des navires de Hadjis : les nations qui ont des navires
» dans ces mers pourraient créer une loi anglaise et ordonner à leurs
» consuls de l'appliquer sévèrement. Quant à moi, j'aurais un vrai plaisir
» à protéger les pèlerins. De cette façon on pourrait également prendre
» des soins pour la bonne ventilation et charger les agents du *Lloyd* ou

» de la *Veritas* de cette expertise. Mais ces lois doivent être faites surtout » par le Gouvernement Ottoman, car la plupart des navires de Hadjis sont » sous pavillon turc et tant qu'il leur sera permis de charger les passa- » gers comme des colis ou des moutons, toutes les lois hollandaises et » anglaises ne serviront qu'à faire remplacer les navires de ces nations » par des navires turcs. Le Gouvernement Ottoman devrait alors aussi » nommer ici un consul qui aurait la volonté et le pouvoir de maintenir » les règlements. Il faudrait qu'il choisît un Européen énergique qui ne » considérât ce poste que comme un poste d'honneur et qui fût indépendant » par sa position et au-dessus de la vénalité, enfin qui prît vraiment à » cœur le sort et la santé des pèlerins . . . . . »

(signé :) READ.

Le Dr Salem bey et S. Exc. Salih Effendi reviennent sur les diverses manières d'interprêter les prescriptions de la loi religieuse quant aux conditions qui font qu'on est ou non en état de faire le pèlerinage. Le Dr Salem Bey complète de la manière suivante les détails donnés par M le Dr Millingen: Les Imams Abou Hanifé et Schafi exigent que le futur Hadji ait les moyens de subvenir non-seulement aux dépenses du voyage, mais encore à l'entretien de sa famille pendant la durée de son absence; Abou-Hanifé ajoute à ces conditions la santé du corps. D'après l'Imam Malek, il suffit, au contraire, qu'on remplisse cette dernière condition pour pouvoir entreprendre le pèlerinage. Le Dr Salem Bey croit que la délivrance de teskerés obligatoires serait possible dans certains pays, mais bien difficile dans d'autres, en raison précisément des différentes manières d'interprêter le Koran. Nul doute par exemple que les mahométans de la secte de l'Imam Malek ne se soumettent qu'avec peine à cette formalité.

M. le Dr Muhlig possède des renseignements qui confirment ce que M. le Dr Bartoletti a dit de l'encombrement à bord des navires anglais, qui transportaient cette année les pèlerins. Il serait à souhaiter que le *native passenger act* fût mieux observé et qu'il pût l'être partout.

M. le Dr Mühlig, que son collègue M. de Krause avait prié d'exposer ses idées relativement aux mesures de précaution à prendre aux Indes à l'égard des pèlerins qui partent ponr la Mecque, croit le moment venu de le faire. M. de Krause pense qu'il serait indispensable que ces pèlerins fussent soumis avant leur embarquement à une quarantaine d'observation;

mais que ce sont là des questions d'une nature excessivement délicate et qu'il appartient aux Gouvernements intéressés seuls de résoudre.

M. le D Fauvel déclare que sauf sur un point il ne veut rien ajouter aux considérations qui viennent d'être exposées et qui répondent suffisamment aux observations présentées par M. le Dr Goodeve. Il se peut que les pèlerins hollandais soient exploités à La Mecque par cela seul qu'on sait que leur gouvernement exige qu'ils aient l'argent nécessaire au voyage.

Mais c'est là une question de police sur laquelle il n'y a pas à s'arrêter et on ne saurait en faire un argument contre l'utilité des teskérés. Au point de vue sanitaire, il est évident que les pèlerins qui ont de quoi subvenir à leurs besoins se trouvent dans de meilleures conditions hygiéniques.

La section V est mise aux voix, texte et conclusion, et adoptée à l'unanimité ; M. Goodeve fait ses réserves pour les points qu'il a indiqués.

M. le secrétaire lit le § A de la VIe section, chapitre III.

M. le Cte de Lallemand annonce que depuis que la Commission a achevé son travail, il a reçu de son gouvernement des indications précises sur les localités mentionnées dans le Rapport comme pouvant être propres à un établissement sanitaire à l'entrée de la Mer-Rouge. Il résulte, de ces renseignements qui sont dûs à un officier de la marine impériale ayant une connaissance approfondie de ces parages, et qui seront d'ailleurs communiqués à la Conférence à sa prochaine séance, que Bab-el-Mandeb doit être écarté à cause de son mauvais mouillage, par certains vents. Ce n'est qu'à Kamaron ou à Obolch qu'on trouverait de bons mouillages.

Le Dr Salem bey fait connaître que l'Intendance Sanitaire d'Egypte qui s'est longuement occupée de cette question donne la préférence à Moka.

M. le Cte de Lallemand objecte que c'est augmenter la difficulté que de choisir une localité en dedans de la Mer-Rouge. Il faudrait alors deux établissements, l'un à l'entrée de la Mer-Rouge où on visiterait les navires, et un second, où l'on enverrait ceux dont l'état sanitaire aurait été reconnu dangereux. Il serait préférable de n'avoir qu'un établissement à l'entrée de la Mer-Rouge, la surveillance serait rendue plus facile et il serait moins aisé aux navires de l'éviter.

Tout en rendant hommage à la manière dont la Commission s'est acquittée d'une tâche extrêmement difficile, M. le Dr Goodeve déclare n'être pas d'accord avec elle sur tous les points. M. le Cte de Lallemand vient de signaler l'insuffisance du mouillage de Bab-el-Mandeb, mais il y a une autre

considération qui rendrait bien difficile la création d'un établissement sanitaire. N'aurait-on pas à redouter les attaques des tribus arabes indépendantes et ne serait-on pas forcé comme à Aden d'élever des fortifications, de maintenir une garnison pour défendre le lazaret ? M. le Dr Goodeve est d'avis qu'une localité plus au Nord comme Kamaran, par exemple, serait préférable ; il ajoute qu'il ne sait pas si son gouvernement consentirait à ce que la station d'arraisonnement fût établie à Périm. Laissant du reste de côté la question de la possibilité, M. le Dr Goodeve exprime des doutes sur l'efficacité de la mesure proposée. On pourra bien arrêter les grands navires, mais pour les petites barques qui sont plus dangereuses au point de vue de la transmission du choléra, sera-t-il possible d'empêcher qu'elles ne passent, ne fût-ce que la nuit, en dépit de la surveillance ? Les grands navires qui franchissent le détroit se rendent à Suez ou dans les ports du Hedjaz : il serait aussi efficace et moins onéreux pour eux d'être dirigés sur une île quelconque de la côte Arabique où ils seraient arraisonnés, où ils seraient, s'il y a lieu, tenus en quarantaine et où enfin on leur délivrerait un visa sans lequel ils ne seraient pas reçus dans les ports de la Mer-Rouge. Pour les navires en destination de Suez, pourquoi ne seraient-ils pas arraisonnés dans le voisinage de ce port ? La station d'arraisonnement de Périm ne devant d'ailleurs pas dispenser du maintien des lazarets dans les ports de la Mer-Rouge. M. le Dr Goodeve conteste l'utilité de cette station et dès lors votera contre les conclusions de cette partie du Rapport.

M. le Dr Dickson croit qu'il serait bon d'établir deux points de surveillance, l'un à Périm, l'autre à Moka pour le petit cabotage. Il est impossible de songer à garder les barques et les petits navires à Périm, or ce sont ceux qui transportent le plus souvent les pèlerins. On pourrait peut-être établir le lazaret à Tadjoura, en face de Périm, sur la côte d'Afrique.

M. le Dr Dickson a entendu dire que cette localité possédait un vaste mouillage, que l'approvisionnement des quarantenaires y serait facile ; enfin, comme il a été dit, elle est située sur la côte d'Afrique ; ce qui aux yeux de M. le Dr Dickson, est un avantage pour le cas où des quarantenaires réussiraient à s'échapper et à gagner l'intérieur du pays.

M. le Dr Dickson ne pense pas que Moka offre les ressources suffisantes pour pouvoir recevoir un grand nombre de quarantenaires.

M. le Dr Fauvel constate tout d'abord que la commission ne fait que donner des indications, la question ne peut être résolue qu'après des études approfondies faites sur place, et elle ne la traite donc, pour ainsi dire, qu'au point de vue théorique.

On ne peut se dissimuler d'ailleurs que, quelque système qu'on adopte il se produira toujours des compromissions, toute la question est de les rendre aussi difficiles et aussi rares que possible. M. le Dr Fauvel croit, contrairement à l'opinion de M. le Dr Goodeve, que ces compromissions sont plus à craindre de la part des grands navires que de celle des petites barques. Les barques suivent la côte, jamais elles ne se hasardent en pleine mer, elles peuvent donc être facilement surveillées; ne faisant que de courts trajets , et pouvant, ce qui est impossible aux grands navires, s'arrêter si le choléra vient à se déclarer, elles offrent au surplus moins de dangers au point de vue de la transmission. Ne faut-il pas tenir aussi compte de ce que c'est surtout en temps d'épidémie que la surveillance devra être exercée, que l'on sait toujours d'avance l'existence du choléra aux Indes ou sur les divers points où les navires font escale, que l'on connaît enfin l'époque de l'arrivée des pèlerins et que l'on est conséquemment toujours à même d'aviser, d'après les nouvelles reçues, au moyen de rendre la surveillance plus active. Du reste si cette surveillance est impossible à Bab el-Mandeb, à l'entrée du détroit, ne le sera-t-elle pas bien plus encore dans l'intérieur de la mer Rouge où les navires pourront si facilement se soustraire? M. le Dr Fauvel déclare en finissant qu'il ne répondra pas aux objections de diverse nature qu'on a fait contre le choix des localités où la Commission pense qu'on pourrait établir un lazaret. Il se peut que ces objections soient fondées, la commission qui a reçu avec reconnaissance les renseignements donnés par M. le Dr Dickson sur Tadjoura, ne peut que répéter que l'emplacement du lazaret à établir ne peut être décidé qu'après de nouvelles études sur place et que cela regarde uniquement les divers gouvernements qui auront à s'entendre à cet égard. La commission se prononce pour la convenance d'un établissement sanitaire à l'entrée de la mer Rouge, rien de plus.

M. le Dr Bartoletti et M. le Dr Millingen croient, comme M. le Dr Fauvel, que l'établissement doit être placé au détroit si on veut que la surveillance soit effective. M. Bartoletti, ajoute qu'il lui paraîtrait préférable qu'on choisît un point de la côte africaine, mais quelle que soit la localité

désignée, il ne doute pas qu'une garnison n'y soit toujours nécessaire aussi bien pour repousser, s'il y a lieu, les attaques des indigènes que pour maintenir les quarantenaires eux-mêmes.

S. Exc. Salih effendi fait remarquer qu'on peut dire la même chose pour les approvisionnements ; partout, à peu près, on rencontrera les mêmes difficultés sous ce rapport.

Le § A. de la section V est mis aux voix et adopté à l'unanimité moins une voix, celle de M. le Dr Goodeve qui vote contre.

La séance est levée à 4 h. 1/2.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Bon de Collongue —Dr Naranzi.

N° 32.

SÉANCE DU 1er SEPTEMBRE 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 1er septembre, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa trente-deuxième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour l'Espagne:

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur IGNACE SPADARO ;

Pour la France :

M. le comte de LALLEMAND, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur GOODEVE, chirurgien-major de l'armée des Indes médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. DICKSON, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M KALERGI, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. MACCAS, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ;

Pour l'Italie :

M. le professeur FRÉDÉRIC BOSI ;

M. le Docteur G. SALVATORI, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. KEUN, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur MILLINGEN, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

MIRZA-MALKOM-KHAN, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur SAWAS EFENDI, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio GOMEZ, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le Bon TESTA, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation, médecin principal, de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Lenz, conseiller de collège, attaché au ministère de l'intérieur de Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

M. le Dr Naranzi, l'un des secrétaires, donne lecture du procès-verbal de l'avant-dernière séance (N° 30.) dont la rédaction est approuvée à l'unanimité.

M. le comte de Lallemand demande la parole pour donner lecture d'un extrait des notes de l'officier français dont il avait parlé à la dernière séance.

M. le comte de Lallemand désire que cet extrait, vu son intérêt, soit inséré in extenso dans le procès-verbal.

Notes de M. le capitaine de frégate Salmon,] commandant de la corvette française, le Surcouf, *sur Perim, Camaran, Obok, Bab-el-Mandeb et Tadjourah ou Tadjoulah.*

« *Perim.* — Ile anglaise à 98 milles d'Aden-Bon ; port, mais ne pouvant donner abri qu'à un petit nombre de navires à la fois ; (deux ou trois.)

» Peu ou point d'eau. Les Anglais y ont installé un appareil distillatoire pour parer aux besoins éventuels d'une garnison.

» Végétation presque nulle. Terrain volcanique (basalte). Outre le phare déjà existant, il faudrait un petit feu à l'entrée du port et des corps morts en rade. L'île ne produit rien, mais les navires qui viendraient au lazaret auraient passé la veille ou l'avant-veille à Aden où ils auraient pu se ravitailler.

» Dans le cas où l'intention de la Conférence Internationale serait de *contraindre* tous les navires venant de l'Inde à s'arrêter à l'établissement sanitaire, Perim est le seul point qui réunisse toutes les conditions requises, car tout navire qui entre en mer Rouge est forcé de passer en vue de sa vigie. Pour cette raison Perim serait le premier point à choisir.

« *Camaran.* — Ile en dedans de la mer Rouge à la côte Arabique de l'Yémen, à 170 milles de Perim, à 40 milles environ de la route des navires allant de l'Inde à Suez.

» Bon mouillage, eau excellente. En 1865 la corvette le *Surcouf* surprise par un coup de vent près des îles Zebayer est allée s'abriter à l'est de Camaran devant le village. Elle y est restée trois jours par un très fort vent et y a très bien tenu sur une seule ancre. L'ancrage est excellent.

L'établissement sanitaire pourrait être placé au village de l'Est devant lequel on mouille. Mais il serait indispensable de placer un phare sur la montagne qui est au sud de l'île Camaran et un autre petit feu sur la pointe de Rass Bayath.

» *Obok.* — Baie offrant un ancrage à l'abri des récifs — sur la côte d'Abyssinie à 45 milles de Perim, en dehors de la mer Rouge — à 120 milles d'Aden — à 40 milles environ de la route des navires allant de l'Inde en mer Rouge.

» Ancrage par très bon fond. Tenue suffisante pour résister à tous les coups de vent. Eau bonne et en quantité à peu près suffisante. Vallée où il y a un bois de mimosas et où passent de nombreuses caravanes de bétail et de chameaux etc., Point d'habitations. Température entre 30 et 45 degrés centigrades au dessus du zéro pendant les mois de juin, juillet et août. Pluies abondantes en janvier, février et mars.

» Ce port serait très suffisamment bon pour recevoir l'établissement sa-

nitaire ; mais il y aurait quelques travaux à faire sur les récifs à l'entrée et il faudrait placer un petit feu sur l'un de ces récifs, afin de rendre l'entrée possible la nuit.

L'établissement devrait être protégé par une enceinte.

» *Bab-el-Mandeb.* — Au sud-est du cap Bab-el-Mandeb, la côte offre une inflexion qui forme la baie de Heighgha.

Souvent les navires qui veulent entrer dans la mer Rouge vont chercher un abri dans cette baie, si les vents de Nord sont trop violents pour leur permettre de franchir le détroit. Mais ce n'est pas là un port ni même un mouillage tenable puisqu'il faut l'abandonner dès que les vents passent à l'Est, au Sud et même au Sud-Ouest.

Il en est tout-à-fait de même, en sens inverse, du mouillage que l'on trouve au Nord du Cap de Bab-el-Mandeb, où se réfugient souvent les navires qui attendent la fin des grands vents de Sud pour essayer de sortir de la Mer Rouge.

Tadjouzah.— Tadjouzah sur la côte d'Afrique. Détestable mouillage où il faut s'embosser à quelques mètres d'un récif. On trouverait près de là, il est vrai, à Embobo un site charmant avec de l'eau et de la verdure, mais à proximité duquel les navires ne pourraient mouiller en sûreté.

Août, 1866.

Remercîments à M. le comte de Lallemand.

L'ordre du jour portant la suite de la discussion du rapport sur les mesures à prendre en Orient, etc., qui, à la dernière séance, s'est arrêtée à page 29.

S. Exc. le Président donne la parole à M. Fauvel pour en continuer la lecture.

M. Fauvel s'arrête à page 31.

M. Dickson se prononce contre le projet d'une institution (lazarets ou commissions) dans la Mer Rouge, ayant un caractère international. En d'autres circonstances, dit M. Dickson, il a eu l'occasion de faire connaître

pour quelles raisons il est contraire à des institutions de cette nature tant pour l'Europe que pour la Mer Rouge, et il ne reviendra pas là dessus. Donc, il se bornera à faire simplement observer que si la Conférence adopte le projet d'une institution sanitaire non internationale dans la Mer Rouge, c'est à l'Egypte qu'il reviendrait d'en avoir la direction et la surveillance.

M. Keun est d'un autre avis. C'est au gouvernement Ottoman, croit-il, que ce droit revient, d'après les circulaires même qui ont provoqué la convocation d'une Conférence Sanitaire Internationale: En effet, dit M. Keun, si on les consulte, on verra que le droit de mettre à exécution les mesures proposées par la Conférence est dévolu au gouvernement des pays où elles doivent être appliquées. Indépendamment de cela, ces mesures ne seraient d'aucune efficacité si elles n'étaient pas exécutées par le gouvernement Ottoman.

Les Musulmans, selon M. Keun, se résigneraient très-difficilement à les subir si elles venaient d'une autre autorité que l'Ottomane, et si des employés et médecins non Musulmans étaient chargés de les faire respecter, M. Keun croit que les mesures dont il est question ne pourraient guère recevoir une application sérieuse. Mais ce droit, ajoute-t-il, qu'on ne peut pas contester à la Sublime Porte, n'implique pas l'inopportunité d'un contrôle de la part d'autres gouvernements. Au contraire M. Keun est d'avis que ce contrôle est nécessaire et même indispensable.

M. Goodeve se range à l'avis de ceux qui s'opposent à l'institution d'une Commission Internationale siégeant à Suez. Il croit avec M. Keun que comme les mesures à prendre toucheraient principalement les Musulmans, les restrictions portant sur leur pèlerinage seraient reçues et acceptées avec moins de répugnance si elles émanaient des puissances musulmanes que si elles étaient exécutées par des autorités ayant une religion différente. Mais M. Goodeve croit qu'il serait préférable de laisser la direction des affaires sanitaires de la Mer Rouge au Conseil de Santé d'Egypte, renforcé, si cela est reconnu nécessaire, par des Délégués de puissances non représentées dans le Conseil, tel qu'il est organisé aujourd'hui.

M. Kalergi fait observer que ces objections ne sont pas radicales : elles ne touchent pas au principe posé par la Commission, d'une Commission Internationale. Au fond, dit-il, M. Goodeve lui-même accepte le principe. Les objections portent sur un point de détail. Les uns veulent que le Con-

seil Sanitaire de Constantinople en ait la surveillance, les autres que cette surveillance soit dévolue au Conseil mixte d'Alexandrie. La Conférence, pense-t-il, n'a pas à se préoccuper de cela, car tout ce que la Commission demande c'est l'institution d'un conseil mixte pour surveiller de près le nouveau service qu'on entend organiser dans la Mer Rouge.

M. Goodeve, en réponse à M. Kalergi, dit qu'il a bien pu admettre la nécessité d'une surveillance, mais il n'admet pas qu'il y ait ressemblance entre le Conseil actuel de Santé de l'Egypte et la Commission Internationale dont il est parlé dans le rapport. Le Conseil de Santé d'Egypte est une Commission locale et Egyptienne où prennent part, il est vrai, des Délégués d'autres puissances, mais qui n'a pas le caractère qu'on propose de donner à la Commission Internationale. Cette Commission, croit M. Goodeve, ne pourrait pas avoir la même force que le Conseil de Santé qui agit avec le concours du gouvernement du pays. Il ne croit pas d'ailleurs que la distance entre Suez et Alexandrie soit telle que l'Intendance Sanitaire d'Egypte ne puisse vigoureusement fonctionner dans la Mer Rouge, donc, il n'y aurait guère nécessité d'installer une nouvelle Commission à Suez.

M. Stenersen se prononce en faveur du rapport. Il trouve que tout ce qui y est dit et proposé est parfaitement bien conçu et il ne peut que l'approuver ; il voudrait même que, pour ne pas nuire à l'intérêt du rapport et à l'ensemble des vues qui y sont exposées, l'on s'abstint de toute discussion de détail; ces détails, croit-il, ne peuvent pour le moment fournir sujet à discussion.

M. Mühlig est du même avis que M. Stenersen. Le sujet, dit-il, n'étant pas susceptible d'une discussion de détail, il importe de bien s'entendre sur le principe fondamental. Quel est ce principe? Pour se préserver d'une nouvelle invasion il faut établir une barrière contre le choléra dans la Mer Rouge. Maintenant, fait observer M. Mühlig, toute discussion s'écartant de ce principe serait oiseuse. Il ne peut être question de savoir comment il faut s'y prendre pour établir cette barrière, car ce n'est qu'une question de compétence qui sera résolue en faveur de celui qui en a le droit.

M. Salem bey donne des renseignements sur la nature et l'organisation du Conseil de Santé d'Egypte. C'est un Conseil mixte qui jouit de la plus grande indépendance et autonomie. Après avoir parlé de sa constitution et de son organisation, M. Salem bey ajoute qu'il offre les meilleures garanties, et, qu'à raison de sa grande proximité des localités qu'il est

question de surveiller, il est le seul qui puisse le faire efficacement et d'une manière complète. Il possède et la langue du pays, et le concours, l'appui de l'autorité locale, qui seule a le pouvoir de faire respecter de nouveaux règlements. La Commission, continue M. Salem bey, envoyée dans le Hedjaz, a dû reconnaître son impuissance à cause de son éloignement du pouvoir central. Indépendamment de cela, l'Egypte, ayant plus que toute autre contrée, un intérêt à ce que des mesures préservatrices soient énergiquement appliquées, serait aussi plus que tout autre gouvernement, intéressée au succès d'une œuvre, qui a pour but la préservation contre de nouvelles invasions. Par conséquent,les moyens dont elle peut disposer, combinés aux avantages que lui donnent la proximité des lieux à surveiller, l'identité des mœurs, de la langue et de la religion avec les pèlerins qu'il importe de règlementer, lui donnent, en même temps que l'autorité nécessaire, le droit de direction et de surveillanec don, il est question dans le rapport.

Qu'il lui soit permis, dit Salem bey, de rappeler à l'honorable Conférence que l'Egypte marche depuis longtemps en Orient, dans la voie du progrès et de la civilisation, que le Vice-Roi, animé des meilleurs sentiments et inspiré par les idées les plus libérales, marche sur les traces d'un gouvernement ami que tout le monde admire.

M. Salem bey conclut que s'agissant d'instituer une administration internationale, l'Egypte, et par sa position géographique, et par les grands moyens dont elle dispose dans les lieux même où il est nécessaire d'adopter et de mettre à exécution les nouvelles mesures de préservation, offre, de préférence à tout autre gouvernement, les garanties voulues pour avoir la direction du service sanitaire à établir dans le Hedjaz.

D'ailleurs, fait-il observer, l'Egypte est déjà dotée d'un Conseil de Santé ayant un caractère international ; ce Conseil pourrait être élargi et on pourrait faire sortir de son sein l'administration qui doit fonctionner dans le Hedjaz. De la sorte elle serait l'émanation directe d'un Conseil International, avec cette différence qu'elle ne serait pas étrangère au pays, malgré son caractère mixte.

M. Bartoletti fait observer que la Conférence a consacré ses travaux à étudier les origines du choléra et à trouver les moyens d'empêcher de nouvelles invasions dans le Hedjaz où les pèlerins l'apportent périodiquement des Indes. Un de ces moyens serait l'arraisonnement des navires à

l'île de Périm, unique endroit où cette mesure soit possible. Le second moyen serait un lazaret à l'entrée de la Mer Rouge, dans une localité appropriée à la quarantaine des provenances cholériques et dont le choix ne pourrait se faire qu'après des études ultérieures. Le gouvernement Ottoman, dit M. Bartoletti, a envoyé dans le Hedjaz une Commission expressément chargée de faire ces études, ce qui prouve ses bonnes dispositions à admettre le principe d'un pareil établissement. Ces deux propositions du rapport étant par conséquent conformes aux vues du gouvernement Ottoman, M. Bartoletti n'hésite pas à s'y associer. La troisième proposition, dit-il, consiste à créer à Suez un Conseil mixte qui aurait la direction du service sanitaire de la Mer Rouge y compris la quarantaine à établir près de Bab-el-Mandeb. M. Bartoletti croit que le Conseil de Santé de Constantinople pourrait parfaitement remplir cette tâche, n'était-ce la difficulté d'exercer son action à une si grande distance. Un conseil analogue à celui de Constantinople siégeant à Suez lui paraît donc un moyen propre à remplir le but. Ce conseil aurait la direction de tout le service de la Mer Rouge, et les lazarets du littoral seraient administrés directement par les autorités sanitaires de chaque pays. Dans ces conditions qui ne diffèrent pas de celles du service sanitaire en Turquie, M. Bartoletti estime que la proposition du rapport est conforme à sa manière de voir, et n'ayant aucune objection à faire il y adhère comme aux deux précédentes.

S. Exc. Salih Effendi déclare adhérer en tout point à tout ce que M. Bartoletti vient de dire.

M. Bosi est d'avis que la Commission a donné à la question la solution la plus large. Elle n'a pas voulu entrer dans le terrain où M. Goodeve et Salem bey voudraient entraîner la Conférence, c'est-à-dire qu'elle a préféré laisser non résolue la question de savoir à quel gouvernement revient la mission de mettre à exécution les mesures qu'elle a proposées. La Commission, dit M. Bosi, n'ayant pas abordé cette question on n'a pas le droit d'en saisir la Conférence et de provoquer une discussion.

M. Fauvel croit que la Commission a bien fait de ne pas entrer plus profondément dans la question, et de ne la toucher qu'avec la plus grande réserve. Ce n'était pas à la Commission, dit M. Fauvel, de décider si le droit de mettre à application les mesures qu'elle a proposées revient au gouvernement Ottoman ou au gouvernement Egyptien. Ce droit, pense-t-il ap-

partient au gouvernement sur le territoire duquel porteront les nouvelles mesures. Ce gouvernement sera l'Egyptien ou l'Ottoman et il pourrait être aussi le gouvernement Anglais si c'est à l'île de Périm qu'on doit établir la direction ou la surveillance. M. Fauvel déclare par conséquent qu'il n'a rien à opposer aux observations de M. Bartoletti. Il ne veut pas entrer dans la question de compétence et de droit, par rapport au gouvernement Ottoman ou à tout autre ; la Commission n'ayant pas jugé nécessaire de la poser, lorsqu'elle a jeté les bases de l'institution projetée.

Sur la demande de plusieurs Délégués, S. Exc. le Président met aux voix le texte et la conclusion du 2me article de la 6me section du chap. 3me.

La Conférence les adopte à la majorité de 15 voix, contre 3, et 2 abstentions.

Ont voté pour :

MM. Monlau, Spadaro, de Lallemand, Fauvel, Kalergi, Maccas, Salvatori, Bosi, Sawas, Mühlig, Pélikan, Hübsch, Stenersen, Bartoletti, S. Exc. Salih Effendi.

Ont voté contre :

MM. Goodeve, Dickson, Bykow.

Se sont abstenus de voter M. Keun, Millingen.

M. Fauvel continue la lecture du rapport jusqu'à la 7me partie du 3me chapitre (page 31).

M. Monlau demande à faire quelques observations. Il ne peut pas accepter, dit-il, la distinction établie dans le rapport entre les navires chargés de pèlerins et les paquebots réguliers. Il s'agit de prendre des mesures de précaution contre les provenances de mer, en cas d'accidents cholériques, dit le rapport, donc le danger existe tant par rapport aux navires chargés de pèlerins que par rapport aux paquebots. M. Monlau ne sait voir aucune différence entre ces deux catégories de bâtiments, et les circonstances qu'on allègue en faveur des paquebots ne lui paraissent pas suffisantes. L'arraisonnement, se demande M. Monlau, a-t il d'autre but que de fermer l'entrée de la Mer Rouge à tout navire infecté? or donc, les navires qui n'ont pas de pèlerins ne pourraient-ils pas tout autant que les autres se trouver dans le cas de propager la maladie ?

Par conséquent, M. Monlau propose que tant l'arraisonnement que la quarantaine soient de rigueur pour tous les navires indistinctement, les paquebots y compris.

M. Bartoletti, en réponse à M. Monlau, lui fait observer que les pèlerins ne vont pas en Egypte mais à Djeddah et qu'ils ont d'autres stations. Les pèlerins qui se dirigent vers La Mecque feront quarantaine à l'entrée de la Mer Rouge et les navires à destination de l'Egypte la feront à Tor.

M. Goodeve, de son côté, se prononce dans un autre sens que celui de M. Monlau, et soutient une opinion tout-à-fait différente. Selon lui les paquebots des Messageries Impériales et de la Compagnie Péninsulaire sont dans des conditions de salubrité toutes différentes de celles des navires à pèlerins, comme il a été déjà dit, et par conséquent, ils réclament un traitement spécial. M. Goodeve trouve qu'il n'y aurait aucun risque à les faire passer quand même ils auraient des cholériques à bord. Il ne partage pas non plus l'opinion de la Commission qui voudrait les retenir à Périm pour l'arraisonnement. Ce serait, selon M. Goodeve, les condamner à une perte de temps inutile, et le mieux selon lui serait de leur donner libre pratique près de leur destination.

M. Sawas demande la parole pour faire quelques observations sur le passage suivant.

« Or, pour que telles mesures soient exécutées avec l'impartialité, l'intelligence et la fermeté désirables, on sent bien qu'à l'autorité d'une seule puissance on ne saurait en abandonner l'exécution (v. page 31). »

Il paraît à M. Sawas que cette phrase est en contradiction avec ce qui vient d'être établi par les honorables préopinants à propos du paragraphe précédent. Il est clair, selon lui, que suivant la localité choisie, la direction du lazaret et l'application des mesures seront confiées à la puissance à laquelle appartient le territoire. Or, la Conférence ne pourrait en décider autrement, sans se mettre en opposition de vues avec la circulaire de M. le ministre des affaires étrangères de France, ainsi qu'avec la circulaire par laquelle la Sublime Porte a convoqué la Conférence. M. Sawas ayant voté, dit-il, le paragraphe précédent, ne voudrait pas s'abstenir de voter celui-ci. Il votera donc sous réserve pour les raisons qu'il vient d'exposer.

M. Stenersen croit que la solution pratique du problème est possible, et il ne saurait pas être de l'avis de la Commission qui dit qu'il est bien à craindre qu'elle ne soit pas donnée.

M. Fauvel réfute en peu de mots les observations de MM. Monlau et Goodeve et l'objection faite par M. Sawas. M. Fauvel est tout-à-fait de l'avis de M Goodeve qui croit qu'il n'y a aucune assimilation à faire entre les

navires chargés de pèlerins et les paquebots réguliers. Ces derniers, fait observer M. Fauvel, n'ont jamais apporté le choléra et ne touchent nulle part dans la Mer Rouge. Ces circonstances offrent assez de garanties pour les autoriser, après l'arraisonnement, à continuer leur voyage. Il y a, continue M Fauvel, d'autres circonstances qui militent en faveur des paquebots. Comme ils ne manquent de rien et qu'ils n'ont point d'encombrement, les passagers s'ils doivent purger quarantaine, sont en état de rester à bord jusqu'à leur destination, tandis que les navires à pèlerins vont partout et les passagers s'éparpillent où bon leur semble. Si on n'avait à faire qu'aux paquebots, dit M. Fauvel, on n'aurait pas besoin de lazarets. La route des paquebots est connue, ils vont d'Aden à Suez, mais c'est bien autre chose avec les navires chargés de pèlerins, partout où ils touchent, les pèlerins sèment sur leur route le choléra.

M. Fauvel d'accord sur ce point avec M. Goodeve ne l'est plus dès qu'il s'agit de l'arraisonnement des paquebots. M. Fauvel est d'avis que cet arraisonnement ne peut leur causer aucun préjudice, aucune perte de temps et qu'il ne peut aucunement les contrarier. Toutefois ce n'est pas là une condition à laquelle la Commission tienne rigoureusement bien qu'elle l'ait posée dans l'intérêt même des paquebots et pour leur épargner beaucoup d'embarras. La Conférence peut la supprimer si elle la juge superflue.

Enfin, M. Fauvel fait observer à M. Sawas que la phrase qu'il combat n'est nullement en contradiction avec les circulaires dont il a parlé. La Commission a bien admis qu'il doit y avoir une puissance chargée de l'exécution et de la direction de l'établissement quarantenaire à l'entrée de la Mer Rouge, sous la surveillance d'un Conseil mixte ayant un caractère international. Le contrôle et l'assistance de l'Europe n'implique pas, dit M. Fauvel, la diminution ou la cessation du droit qui revient à la puissance à laquelle appartient la localité. Cela n'a d'autre but que de mieux faire fonctionner l'établissement, et d'assurer l'exécution des mesures prescrites.

M. Monlau croit que M. Fauvel n'a pas détruit son objection : elle reste dans toute sa force, étant démontré que pour préserver la Méditerranée il faut prendre des mesures efficaces dans la Mer Rouge.

M. Bartoletti se range à l'avis de M. Monlau sur le point de l'arraisonnement, mais non pas sur le point de la quarantaine. M. Bartoletti voudrait aussi que l'arraisonnement à l'île de Périm fût obligatoire pour tous les bâtiments, et propose que cette formule soit généralisée à l'égard de tous.

Pour M. de Lallemand, au contraire, cette assimilation ne pouvant être admise, ne pourrait être établie sans grande injustice, car il est de toute évidence qu'il y a la plus grande inégalité par rapport au danger entre les navires à pèlerins et les paquebots des Compagnies.

Sur la demande générale le texte et la conclusion sont mis aux voix et adoptés à la majorité de 17 voix contre 2.

Ont voté pour :

MM. Monlau, Spadaro, de Lallemand, Fauvel, Kalergi, Maccas, Bosi, Salvatori, Keun, Sawas, Mühlig, Pelikan, Bykow, de Hübsch, Stenersen, Bartoletti, S. Exc. Salih Effendi.

Ont voté contre :

MM. Goodeve, Dickson.

M. Fauvel poursuit la lecture du rapport, jusqu'à page 34. Question du pèlerinage de La Mecque.

M. Salem bey déclare que bien qu'il soit complétement d'accord avec la Commission sur le principe fondamental de l'interruption maritime avec l'Egypte dans le cas où le choléra se manifesterait parmi les pèlerins, mesure que l'Egypte a mise à exécution cette année même, il ne peut pas souscrire à la conclusion du rapport pour les raisons suivantes :

Les deux postes qu'elle propose le long du littoral arabique, l'un à Djeddah et l'autre à Yambo, et les deux lazarets dont l'un à El-Wesh pour les pèlerins et l'autre à Tor pour les arrivages ordinaires, ne sont pas de nature à remplir les vœux de la Conférence.

En effet, dit Salem bey, le port d'El-Wesh qui se prête bien comme endroit de quarantaine ne pourrait pas suffire comme lieu de quarantaine pour tous les pèlerins retournant de l'Egypte qui sont en moyenne de 10 à 12 mille par an. En outre des transports, la condition même du port et surtout l'insuffisance d'eau, et l'encombrement qui en résulterait inévitablement le rendent incapable de servir de lieu principal de quarantaine, moins encore comme unique endroit pour y établir un grand lazaret.

M. Salem bey, dans le but de parer à tous ces inconvénients, propose de modifier la proposition de la Commission comme il suit :

Pour le littoral arabique :

1° Outre le poste sanitaire à Djeddah, il faudrait établir un lazaret près de cette ville, à Rabegh qui se trouve à 6 heures de distance à Djeddah et

qui présente tous les avantages désirables, pour en faire un lazaret à l'usage des pèlerins et aussi d'autres personnes.

2° Outre le poste sanitaire de Yambo, on devrait établir un lazaret dans les environs de cette ville, ou bien sur l'île même qui se trouve au milieu du port de Yambo. Ce lazaret serait destiné aux pèlerins venant de Médine qui veulent s'embarquer pour l'Egypte.

3° Un lazaret à El-Wesh destiné à la grande masse qui se précipite sur Djeddah pour s'embarquer pour l'Egypte. Ce lazaret servirait dans le cas où le choléra se manifesterait pendant le pèlerinage.

Quant au lazaret de Tor, que la Commission propose pour les provenances cholériques ordinaires, telles que les paquebots de l'Inde, la désignation d'un endroit destiné à l'arraisonnement devrait être faite par la Direction Sanitaire d'Egypte.

M. Salem bey espère se mettre d'avance d'accord avec l'Intendance Egyptienne en désignant à cet effet les sources de Moïse qui sont d'après lui l'endroit le plus convenable.

Finalement Salem bey serait d'avis de maintenir dans le littoral africain les trois postes sanitaires pourvus de médecins comme la commission l'a proposé.

M. Fauvel regrette de voir Salem bey changer à tout moment d'idées et de projets, et son incertitude est la cause de la confusion qu'il vient de faire. C'est surtout, dit M. Fauvel, sur la proposition de Salem bey que la Commission avait choisi El-Wesch. Il avait affirmé que ni Tor ni Moilah ne pouvaient convenir comme lieux de quarantaines. Telles étaient peut-être alors ses instructions. Plus tard, il voulut soutenir que El-Wesch ne pourrait guère servir pour y établir un lazaret et qu'alors il faudrait préférer un autre endroit. Où cherchait-il alors cet endroit ? dans les lieux même où règne le choléra, c'est-à-dire à Djeddah et à Yambo, qu'il importe à cause de cette circonstance, dans la pensée de la Commission, d'éviter de toutes les manières. Mais est-il vrai, se demande M. Fauvel, qu'El-Wesch soit insuffisant ? Nullement et on n'a qu'à lire le rapport pour se convaincre qu'El-Wesch réunit toutes les conditions désirables pour un établissement quarantenaire : port vaste et sûr, accessible aux grands navires, eau douce en abondance et d'excellente qualité.

A propos de Djeddah et de Yambo, continue M. Fauvel, en recommandant que ces ports soient bien approvisionnés et pourvus de tout ce qui

est nécessaire aux pèlerins, la Commission a cru les rendre plus utiles qu'en y établissant des lazarets. Si les pèlerins trouvaient dans ces deux villes les vivres et les choses dont ils ont besoin, on pourrait très-facilement les empêcher de s'embarquer.

Toutefois si la Conférence, dit M. Fauvel, admet l'insuffisance d'El-Wesch, il y aurait à choisir un autre point entre El-Wesch et Yambo. Entre ces deux ports on en trouve plusieurs autres où il y a abondance d'eau potable et où on pourrait aisément faire arriver des provisions.

M. Sawas regrette de ne pouvoir soutenir Salem bey, car il est évident, dit-il, qu'il s'agit, d'après son plan, de faire purger quarantaine sur les lieux même ou règne le choléra.

A la demande générale, S. Exc. le Président met aux voix le texte de cette partie de la question du pèlerinage de La Mecque.

Il est adopté à l'unanimité.

M. Fauvel poursuit sa lecture jusqu'à page 38.

M. Dickson fait une petite observation. Il voudrait que cette première partie de la question du pèlerinage de La Mecque fût partagée en deux : et que la première partie finît à p. 36. Cette partie ne contenant que des faits et des renseignements serait, pense-t-il, adoptée à l'unanimité et lui-même n'aurait rien à dire. Mais ce n'est plus la même chose avec la 2me partie, dont beaucoup de détails sont susceptibles de discussion ; plusieurs de ces détails, lui-même ne pouvant les accepter, sera obligé de voter contre.

M. Goodeve fait les mêmes observations et les mêmes réserves. Il croit, en outre, que la station de Tor est bien loin de Suez. M. Goodeve est d'avis qu'il faudrait faire de nouvelles recherches pour s'assurer s'il y a possibilité de trouver plus près de Suez un endroit convenable pour l'installation d'un lazaret qui ne soit pas dangereux pour l'Egypte.

Sur la demande de plusieurs Délégués, S.Exc. le Président met aux voix le texte et les deux premiers paragraphes de la conclusion (page 38) se réservant lui-même de faire quelques remarques sur le 3me paragraphe de la conclusion.

Ils sont adoptés à la majorité des voix.

Ont voté pour :

MM. Monlau, Spadaro, de Lallemand, Fauvel, Kalergi, Maccas, Bosi, Salvatori, Pelikan, Bykow, Bartoletti, Salih Effendi.

MM. Goodeve et Dickson déclarent qu'ils acceptent la majeure partie du texte, sauf la partie qui touche à la création d'une Commission Internationale. Et aussi les deux premiers paragraphes de la conclusion avec une réserve à propos de Tor.

S. Exc. Salih Effendi, dans le but de rendre la troisième partie de la conclusion plus conforme au texte, propose de la rédiger d'une manière plus détaillée dans le sens suivant:

Une direction Ottomane, siégeant à Suez, et assistée d'une Commission Internationale, organisée sur le même pied que le Conseil Sanitaire de Constantinople, déciderait de toutes les questions concernant le service sanitaire de la Mer Rouge y compris celui de Bab-el-Mandeb.

M. Bartoletti déclare adhérer à cette rédaction.

M. Fauvel propose de remettre à la prochaine séance l'examen de la rédaction proposée par S. Exc. Salik Effendi.

La Conférence l'appuie.

La séance est levée à 4 1/2 heures.

Ordre du jour de la prochaine séance.

Suite de la discussion du rapport.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Dr NARANZI.—Bon DE COLLONGUE.

N° 33.

SÉANCE DU 3 SEPTEMBRE 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 3 septembre, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa trente-troisième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur IGNACE SPADARO ;

Pour la France :

M. le comte de LALLEMAND, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur GOODEVE, chirurgien-major de l'armée des Indes médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. DICKSON, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Grèce :

M KALERGI, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. MACCAS, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ;

Pour l'Italie :

M. A. VERNONI, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie.

M. le professeur FRÉDÉRIC BOSI ;

M. le Docteur G. SALVATORI, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. KEUN, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur MILLINGEN, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

MIRZA-MALKOM-KHAN, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseille de sa Légation ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio GOMEZ, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le Bon TESTA, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation, médecin principal, de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. Exc. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

La séance est ouverte à midi.

Le procès-verbal de la 31e séance est lu par M. le Bon de Collongue et adopté.

M. le Dr Mühlig, qui n'avait pu rester jusqu'à la fin de la dernière séance, déclare adhérer à la partie du rapport votée en son absence.

MM. le Bon Testa, Dr Gomez, Stenersen, Dr Sotto et Dr Bon Hübsch, font la même déclaration.

La discussion étant reprise sur la dernière partie de la conclusion du titre 1er de la section VII (chapitre III) où elle avait été laissée à la dernière séance, S. Exc. Salih Effendi fait remarquer que cette conclusion n'est peut-être pas en complète harmonie avec le texte. La rédaction pourrait en être ainsi modifiée ou si l'on veut complétée : *une direction Ottomane, siégeant à Suez et assistée d'une Commission Internationale*, organisée sur le même pied que le Conseil Sanitaire de Constantinople, *déciderait de toutes les questions concernant le service sanitaire de la Mer Rouge* y compris celui de Bab-el-Mandeb. S. Exc. Salih Effendi constate qu'il n'y a dans la conclusion ainsi modifiée rien de contraire au texte du rapport, ce n'en est qu'un commentaire, qu'une sorte d'interprétation ; il n'entend pas du

reste introduire un amendement et ne demande pas à la Conférence de se prononcer sur ces modifications.

M. le Dr Fauvel explique la réserve dans laquelle la Commission a cru devoir rester. Elle a pensé, comme il est dit dans le dernier alinéa de la page 37, qu'il conviendrait de confier la direction du service sanitaire de tout le littoral de la mer Rouge, y compris celui du détroit de Bab-el-Mandeb, à une Commission spéciale mixte, mais elle a bien eu soin de spécifier que le pouvoir exécutif devrait être laissé à qui de droit ; ce n'est pas à la Conférence qu'il appartient de décider si c'est le Gouvernement Ottoman ou le Gouvernement Egyptien qui devrait en être chargé.

Le Dr Salem bey croit que l'intendance sanitaire d'Egypte en raison de son caractère mixte se trouve tout naturellement désignée pour être chargée de la Direction du service sanitaire de la Mer-Rouge ; quant au pouvoir exécutif, il est bien entendu qu'il doit comme le dit la Commission, être laissé à qui de droit. En sa qualité de Délégué du gouvermenent Egyptien, le Dr Salem bey n'admet pas la création, d'ailleurs inutile à ses yeux, d'une Commission spéciale résidant à Suez et distincte de l'intendance sanitaire d'Egypte.

La dernière partie de la conclusion du Titre 1er de la Section VII est mise aux voix et adoptée : 18 voix pour, 4 contre, 3 abstentions.

Ont voté pour MM. Dr Sotto, Segovia, Dr Monlau, Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Kalergi, Dr Maccas, Vernoni, Prof. Bosi, Cher Pinto de Soveral, Dr Gomes, B. Testa, Dr Mühlig, Dr Pelikan, Stenersen, Dr B. Hübsch et Salem bey (avec réserves).

Contre : MM. Dr Goodeve, Dr Dickson, Keun et Dr Bykow.

Abstentions: MM. Dr Millingen, Malkom-khan et S. E. Salih Effendi.

Lecture est donnée du Titre 2e de la Section VII.

Le précepte de la loi musulmane qui veut que quiconque entreprend le pélerinage ait la somme nécessaire au voyage ne serait, d'après M. le Dr Monlau et quoiqu'en dise le rapport, guère observé en Algérie. Entre autres faits à produire à l'appui de ce qu'il avance, M. le Dr Monlau cite celui d'un bateau à vapeur, le *Méandre*, qui vint relâcher à Valence en février 1866 et qui avait à bord un certain nombre de pélerins Arabes se rendant à la Mecque. On ne peut se faire une idée de l'état de misère et de malpropreté de ces malheureux dont le voyage était payé jusqu'au Caire, mais qui n'avaient aucun moyen de pourvoir à leur subsistance : on en a vu

qui mangeaient avec avidité les écorces d'oranges jetées par les autres passagers. M. le Dr Monlau pense qu'il serait bon d'appeler l'attention du Gouvernementf rançais sur ces faits.

M. le Cte de Lallemand répond que le Gouvernement français s'occupe de cette grave question. On songerait à appliquer en Algérie une mesure qui a donné de bons résultats au Maroc, c'est-à-dire à exiger des pélerins qu'ils justifiassent de la possession d'une somme de 500 fr.

Le Dr Salem bey explique que les Algériens appartiennent à la secte del Malek qui n'exige du pélerin que la santé du corps : on ne peut qu'applaudir cependant aux mesures qui seront prises par le Gouvernement Français dans le sens qui vient d'être indiqué.

M. le Dr Monlau déclare ne pas insister sur son observation après ce qui a été dit par M. le Cte de Lallemand.

M. Segovia ajoute que le fait cité par M. le Dr Monlau et d'autres faits semblables avaient motivé des plaintes des autorités sanitaires espagnoles; M. l'ambassadeur de France à Madrid à qui ces plaintes avaient été communiquées a donné, comme M. le Cte de Lallemand, l'assurance que des mesures seraient prises pour en prévenir le retour.

M. le Dr Millingen se demande si ce n'est pas surtout de l'état de santé des pèlerins, plutôt que de leur pécule, qu'il faudrait s'occuper. Tous les imams font de la santé du corps la première des conditions à exiger du futur Hadji. Ne devrait-on pas surveiller l'état de santé des pèlerins au moment de l'embarquement et empêcher le départ de tous ceux qui ne seraient pas bien portants ?

M. le Dr Fauvel répond que cela rentre dans les mesures hygièniques à prendre au moment de l'embarquement, et que la 3me Commission n'avait pas à revenir sur cette question déjà traitée précédemment.

M. le Dr Millingen trouve que pour être juste le rapport aurait dû mentionner Singapore en même temps que les ports ottomans et égyptiens lorsqu'il parle (page 39, 2d alinéa) du transport des pèlerins et des conditions fâcheuses d'encombrement dans lesquelles il n'est que trop souvent opéré. Les ports ottomans et égyptiens ne sont pas les seuls où ce transport reste livré à tous les appétits d'une spéculation avide : Singapore mérite aussi bien qu'eux ce reproche.

Le Titre 2d de la section VII est mis aux voix et adoptés à l'unanimité. (24 votants ; absent au moment du vote, Mirza-Malcom-Khan.)

MM. les délégués de la Grande-Bretagne déclarent ne voter que sous la réserve de l'application de ce § aux Indes.

Les titres 3 et 4 de la section VII ne donnent lieu à aucune observation et sont successivement adoptés à l'unanimité.

M. le Dr Goodeve déclare donner sa complète adhésion au Titre 5 dont il est donné ensuite lecture et qui *traite des mesures à prendre contre les provenances du Hedjaz si le choléra se manifestait pendant le pèlerinage*. Les mesures proposées par la Commission paraissent à M. Goodeve aussi sages qu'efficaces et il ne pense pas qu'on pût mieux résoudre qu'elle ne l'a fait une question aussi difficile.

Le Dr Salem bey constate avec satisfaction que la Commission admet (page 47, avant-dernier alinéa) la possibilité « de modifications qui sans altérer le principe fondamental de la mesure qu'elle propose, seraient jugées propres à en faciliter l'application. Cette déclaration de la Commission atténue les réserves que le Dr Salem bey avait dû faire au sein de la Commission touchant certains points de cette partie du Rapport. Le port d'El-Wesch auquel on pense (page 4) comme lieu de quarantaine pour les pèlerins serait, d'après le Dr Salem bey, insuffisant surtout si le choléra éclatait à La Mecque.

M. le Dr Mühlig ne considère pas comme une garantie suffisante le délai de 10 jours pleins après la disparition du choléra parmi les pèlerins en quarantaine à El-Wesch passé lequel ils seraient autorisés à repartir pour l'Egypte (6me alinéa, page 48.) La Commission, qui l'a bien senti, recommande, il est vrai, la désinfection préalable des hardes et bagages, et propose en outre que les navires affectés au transport de ces pèlerins soient soumis à une observation de 24 heures à Thor, mais cette désinfection, sera-t-elle possible dans la pratique? M. le Dr Mühlig, qui ne le croit pas et qui n'admet pas non plus l'efficacité de cette observation de 24 heures appliquée à des navires dont les capitaines seront toujours intéressés à dissimuler le véritable état sanitaire de leurs passagers, voudrait que les pèlerins ne fussent autorisés à quitter El-Wesch que 15 jours après la disparition du choléra parmi eux, et de même que les communications maritimes entre le Hedjaz et l'Egypte (9me alinéa) ne fussent rétablies que 15 jours au lieu de 10 après la cessation de tout indice de choléra dans le Hedjaz; 8 ou 10 jours après la fin d'une épidémie on a souvent encore à constater des cas isolés. M. le Dr Mühlig rappelle à ce propos

que les provenances cholériques ne sont admises en libre pratique dans les ports des Etats-Unis d'Amérique que 21 jours après la constatation du dernier cas de choléra. Le délai de 10 jours proposé par la Commission n'est suffisant que lorsqu'il s'agit (7me alinéa) de la caravane pour l'Egypte en raison de la longueur du trajet.

M. Stenersen s'associe à ces observations en faisant remarquer d'ailleurs que la Conférence peut les prendre en considération sans préjuger la décision qu'elle sera ultérieurement appelée à émettre lorsqu'on discutera la question de la durée des quarantaines. Lorsqu'il s'agit de mesures sanitaires à prendre à l'égard des provenances du Hedjaz si dangereuses au point de vue de l'importation du choléra en Europe, il faut toujours compter sur une application plus ou moins défectueuse et comme de plus il n'y a pas là de grands intérêts commerciaux à ménager, la Conférence peut, d'après M. Stenersen, se montrer sans inconvénient plus rigoureuse.

M. Keun fait ses réserves au sujet de ce qui est dit (8e alinéa page 48) de l'autorisation qui serait accordée aux pèlerins à destination des pays au delà de la Mer Rouge de s'embarquer pour retourner chez eux à la condition qu'ils se soumettent aux règles prescrites par l'autorité sanitaire. La Commission ayant demandé précédemment (page 46, avant dernier alinéa) que les prescriptions du Règlement anglais fussent observées lors du départ de ces pèlerins pour le Hedjaz, M. Keun a tout lieu de croire que son Gouvernement serait disposé à demander que ce règlement soit aussi appliqué lorsqu'ils se rembarquent dans les ports du Hedjaz pour revenir dans leur pays, et à provoquer à cet effet un accord entre les Puissances intéressées.

S. E. Salih Effendi conteste qu'une partie des pèlerins se dispense (voir 2° alinéa, page 43) du voyage à Médine. Il serait plus exact de dire que ce sont « ceux qui ont été à Médine avant d'aller à La Mecque, ce qui est le cas du plus grand nombre qui reviennent au plus vite s'embarquer à Djeddah. »

M. le Dr Fauvel répond que la Commission a eu sous les yeux des rapports où il était fait mention des pèlerins qui ne vont pas à Médine. Il se peut d'ailleurs que le nombre n'en soit pas considérable et la Commission ne peut que s'en rapporter à cet égard à ce que dit M. le Délégué de Turquie.

MM. les Drs Dickson et Bartoletti appuient la motion de M. le Dr Mühlig.

Ils font observer que le chiffre de 15 jours a déjà été adopté par la Conférence et aussi par le Conseil de Santé pour les provenances du Hedjaz.

M. le Bon Testa demande que la motion de M. le Dr Mühlig soit l'objet d'un vote spécial de la Conférence.

MM. les Drs Salem bey et Gomez trouvent au contraire suffisant le délai de 10 jours. Ce dernier fait observer qu'il faut tenir compte de la durée du voyage qui lui paraît une véritable continuation de l'observation. Si pendant le trajet, il se produisait des cas de choléra, on serait toujours à même de parer aux éventualités de l'importation de la maladie en Egypte.

M. le Dr Mühlig objecte que les équipages des navires qui viendront prendre les pèlerins en quarantaine à El-Wesch n'auront pas subi eux-mêmes l'influence cholérique et qu'ils seront dès lors exposés à l'infection si l'embarquement de cette masse de pèlerins a lieu trop tôt. Il en résultera, d'après M le Dr Mühlig, un nouveau danger pour l'Egypte et c'est une raison de plus pour porter à 15 jours la durée de la quarantaine.

M. le Dr Fauvel déclare que la majorité de la Commission adhère à la proposition de M. le Dr Mühlig.

M. le Dr Bykow croit quant à lui que 10 jours suffiraient et cela d'autant plus que, comme l'a dit avec raison M. le Dr Gomez, la durée du trajet sera, y compris l'observation de 24 heures à Thor, de 3 ou 4 jours, ce qui fait qu'en somme 13 ou 14 jours se passeront entre le moment de la disparition du choléra parmi les pèlerins à El-Wesch et celui de leur arrivée en Egypte. M. le Dr Bykow ne s'oppose cependant pas à ce que la quarantaine soit portée à 15 jours et même plus: Plus cette quarantaine sera longue, plus il y aura de garantie pour l'Egypte et partant pour l'Europe.

La proposition de M. le Dr Mühlig de fixer à 15 jours au lieu de 10 la durée de la quarantaine est mise aux voix et adoptée à l'unanimité, moins une voix celle de M. le Dr Gomez qui vote contre (25 votants).

Le texte et les conclusions du titre 5me § de la section VII, sont ensuite votés et adoptés à l'unanimité. MM. les Drs Goodeve et Dickson votent sous les réserves précédemment indiquées par eux.

Lecture est donnée de la section VIII (rubrique A) du chapitre III « *des* » *mesures à prendre dans le cas où le choléra éclaterait en Egypte.* »

M. le Dr Mühlig trouve que le rapport n'aurait pas dû se borner à poser la question de savoir si, dans ce cas, il ne conviendrait pas d'interrompre

temporairement les communications maritimes de l'Egypte avec tout le bassin de la Méditerranée, mais qu'il aurait dû la résoudre par l'affirmative. L'interruption des communications, du moment que le choléra a pénétré en Egypte, est évidemment le seul moyen qui reste à l'Europe de s'en préserver.

M. le Dr Monlau partage cette manière de voir : la question est parfaitement résolue, il faut proclamer la solution et si la Commission a cru prudent de se montrer timide, la Conférence doit se montrer plus hardie ou plus explicite et déclarer franchement, qu'au point de vue sanitaire, peut-être même au point de vue commercial, la nécessité de l'interruption des communications ne saurait être mise en doute. L'efficacité des mesures de prophylaxie dépendant de leur opportunité et de leur rigoureuse application, M. le Dr Monlau voudrait même qu'on allàt plus loin et que sans préjudice de l'interruption temporaire absolue en cas d'épidemie déclarée, toutes les provenances de l'Egypte fussent soumises dans les ports de la Méditerranée à une quarantaine d'observation pendant tout le temps du pèlerinage à La Mecque : l'Egypte peut être considérée comme un pays compromis ou suspect dès l'arrivée des premiers pèlerins Hindoux à Djeddah et, sous ce rapport, la quarantaine d'observation est de plein droit sanitaire. M le Dr Monlau pense que cette quarantaine serait une garantie de plus contre l'importation du choléra par la voie de mer, et que d'ailleurs, rendue périodique et habituelle, elle ne gènerait pas beaucoup la navigation : quand on veut obtenir un grand résultat, faut-il d'ailleurs épargner les sacrifices ? En Espagne il existe une quarantaine analogue contre la fièvre jaune ; toutes les provenances des Antilles et du Golfe du Mexique parties du 1er mai au 30 septembre (c'est-à-dire pendant les mois où l'importation est le plus à craindre) sont invariablement assujéties à une quarantaine de sept jours, qui depuis 40 ans qu'elle a été établie n'a donné que de bons résultats. La fièvre jaune qui auparavant désolait si souvent les côtes de l'Andalousie n'y a plus reparu depuis lors. M. le Dr Monlau après avoir rappelé que cette même quarantaine préventive a aussi été employée avec avantage contre la peste et que ce n'est que depuis bien peu d'années que la patente du Levant a été admise à jouir du droit commun, se demande en finissant pourquoi on n'en userait pas de même à l'égard du choléra au moins jusqu'à ce que le service sanitaire de la mer Rouge ait été organisé. On pourra lorsque l'Egypte offrira au

point de vue sanitaire plus de garantie, renoncer à des mesures de précaution dont la nécessité est quant à présent évidente.

M. le Dr Pelikan est d'accord avec la Commission sur le principe de l'interruption des communications ; seulement il désire savoir de quelles exceptions le rapport veut parler lorsqu'à la fin du 3me alinéa de la page 50, il dit que l'interruption ne porterait pas sur certaines communications urgentes qui avec les précautions indispensables pourraient être opérées sans danger. Si c'est des paquebots qu'il s'agit, la mesure proposée perdrait alors toute son efficacité et il se verrait obligé de voter contre.

M. le Dr Fauvel répond que la Commission n'a entendu parler que des valises de la poste, en un mot des dépêches. Aucune exception ne saurait être faite en faveur des paquebots.

M. le Dr Goodeve votera contre les conclusions de la Commission ; il ne conteste pas l'efficacité de la mesure proposée, mais il nie qu'elle soit possible dans la pratique et aussi qu'elle obtienne l'adhésion des Gouvernements intéressés. On aurait pu concilier davantage les intérêts internationaux et commerciaux avec les prescriptions de la science et la Commission aurait mieux fait d'indiquer des mesures de préservation pratique plutôt que de trancher d'une manière si absolue une question qui intéresse les relations de toute une partie du globe avec l'autre. M. le Dr Goodeve a été heureux d'entendre, d'après les explications formellement données à M. le Dr Pelikan, que les dépêches et malles ordinaires resteraient libres de passer par l'Egypte, ce qui n'est pas clairement exprimé dans le rapport ni dans la conclusion qui parle seulement d'interrompre les communications maritimes, communications, sans lesquelles le transport des dépêches ne peut avoir lieu ; mais il reste les voyageurs si nombreux venant des Indes, de la Chine, de l'Australie, qui traversent l'Egypte pour se rendre en Europe, peut-on songer à les arrêter et à les faire rester pendant trois mois peut-être en Egypte? On aurait pu recourir à de pareils moyens aux temps passés, lorsque les communications entre les diverses nations n'existaient pour ainsi dire pas, mais ce n'est plus possible dans les temps modernes, et si les relations plus fréquentes rendent plus facile la propagation des maladies contagieuses, il faut savoir en accepter les risques avec les bienfaits.

M. Goodeve croit en tous cas, qu'il eut été préférable que la discussion de cette partie du rapport eût été précédée de celle du rapport de la Commission qui est chargée de l'étude des mesures quarantenaires ; peut-être

indiquera-t-elle des mesures de précaution à la fois aussi efficaces et moins onéreuses que celles que l'on discute en ce moment. Quant à la proposition de M. le Dr Monlau que les provenances d'Egypte soient régulièrement chaque année mises en quarantaine d'observation pendant la durée du pélerinage,et cela que le choléra règne ou non au Hedjaz, M. le Dr Goodeve trouve que ce serait une mesure aussi rigoureuse que peu justifiée si l'on tient compte de l'expérience acquise pendant les cinquante années depuis lesquelles on s'occupe du choléra. Il espère que cette proposition ne sera pas adoptée par la Conférence.

M. Segovia avoue que ses idées se sont modifiées depuis la Conférence sanitaire de 1851 où il s'était posé en défenseur des intérêts commerciaux. Il faut avant tout interrompre la communication des maladies; le commerce dont une épidémie a pour conséquence forcée d'arrêter les transactions, y est le premier intéressé, il y gagnera plus qu'il n'y perdra. Bien qu'il ne soit peut-être pas aussi rigoureux que son collègue M. le Dr Monlau, M. Segovia n'en appuie pas moins sa proposition.

M. le Dr Mühlig croit que M. le Dr Goodeve exagère les funestes conséquences de l'interruption des communications maritimes entre l'Egypte et les ports Méditerranéens : Pourquoi le commerce ne reprendrait-il pas momentanément, en cas d'épidémie, l'ancienne voie du cap de Bonne Espérance, la seule qu'il suivit il y a bien peu d'années encore. L'intérêt sanitaire doit faire taire l'intérêt commercial; si l'année dernière les communications avaient été interrompues pendant 4 ou 5 semaines, on ne verrait pas le choléra étendre ses ravages sur l'Europe tout entière.

M. le Dr Goodeve objecte à M. Mühlig qu'il serait impossible d'improviser, soit aux Indes, soit en Egypte, un changement de route pour les trois ou quatre mois pendant lesquels durera l'interdiction des communications. Et d'ailleurs qu'y gagneraient les voyageurs qui se verraient dans l'alternative ou d'être retenus en Egypte ou de faire un voyage qui exige des mois entiers ?

M. le Dr Maccas reconnaît que le commerce aurait grandement à souffrir de l'interruption des communications maritimes, mais il se demande si là est vraiment la question pour une Conférence dont le premier devoir est de rechercher les moyens de sauvegarder la santé publique. Ce qu'il faut avant tout examiner, c'est si la mesure proposée est efficace ou non ; si elle est efficace et qu'on n'en connaisse pas d'autre aussi sûre, mais

moins onéreuse à lui substituer, la considération qu'elle entravera les relations commerciales ne saurait suffire à la faire rejeter. Contrairement à l'opinion émise par M. le Dr Goodeve et sans préjuger d'ailleurs les conclusions de la Commission chargée de l'étude des mesures quarantenaires, M. le Dr Maccas ne croit pas qu'elles puissent suffire à préserver l'Europe du danger auquel l'expose la présence du choléra en Egypte. L'expérience a démontré que l'efficacité des quarantaines, mesures complexes qui nécessitent le concours d'une foule de circonstances et de personnes, dépend de leur mode d'application, or les chances de compromissions sont trop nombreuses pour que dans ce cas elles puissent être considérées comme une garantie infaillible, surtout si l'on tient compte aussi de l'impossibilité de s'opposer à la propagation du choléra en Europe lorsqu'une fois il a réussi à pénétrer sur un point quelconque du continent européen. Les quarantaines écartées, il ne reste évidemment plus d'autre ressource que d'interrompre les communications entre l'Egypte et l'Europe. Dans ces conditions, M. le Dr Maccas ne se borne pas à appuyer les conclusions du rapport, il demande que la Conférence réponde affirmativement, comme on l'a proposé, à la question posée par la Commission.

M. le Dr Goodeve déclare qu'il préfère la quarantaine la plus rigoureuse à l'interdiction des communications.

M. le Dr Bartoletti ne s'oppose pas à l'adoption de mesures spéciales à l'égard de l'Egypte, mais encore faut-il qu'elles soient d'une application possible dans la pratique, or la Commission est la première à douter de la possibilité d'appliquer celles qu'elle propose. M. le Dr Bartoletti qui n'aurait pas d'objection à élever contre l'interruption des communications si les touristes ou les émigrants devaient seuls en souffrir, croit qu'on pourrait sans inconvénient pour la santé publique permettre la sortie des marchandises.

M. Segovia n'est pas de cet avis. Les dépêches postales devraient seules être exceptées de la mesure. M. Segovia ajoute que le mode de transport des dépêches de l'Inde qui voyagent dans des caisses de bois bien fermées, d'un modèle uniforme et où il n'entre aucune matière susceptible telle que du cuir ou du chanvre, rendrait faciles les précautions à prendre pour que l'exception consentie en leur faveur ne constitue pas un danger.

M. le Dr Fauvel prend à son tour la parole pour expliquer les raisons qui ont guidé la Commission : En traitant cette question, elle a eu surtout

en vue de faire ressortir l'extrême importance des mesures recommandées dans les chapitres précédents pour empêcher le choléra de pénétrer en Egypte ; l'interruption des communications est en effet une ressource extrême à laquelle on ne serait peut-être jamais forcé de recourir si ces mesures étaient bien appliquées. Devrait-on maintenant reculer devant un pareil moyen si malheureusement le choléra, franchissant tous les obstacles, venait à envahir l'Egypte ? La Commission ne le croit pas : en temps de guerre on n'hésite pas à mettre des pays entiers en état de blocus, à les affamer et même à bombarder des villes inoffensives, et l'on trouve cela tout naturel, comment pourrait-on soutenir que ce qui est permis dans ce cas, souvent pour des motifs bien légers, doive être considéré comme barbare lorsqu'il s'agit de préserver l'humanité d'un fléau redoutable? La Commission n'a pas pensé enfin que le préjudice causé à l'Egypte par l'interruption de ses relations avec l'Europe pendant deux ou trois mois soit aussi considérable qu'on paraît le croire. M. le D[r] Fauvel analyse une à une les conséquences de l'interruption des communications maritimes et il fait voir combien ces conséquences ont été exagérées du moment que l'interruption ne s'applique qu'au transit des marchandises et des voyageurs et qu'elle ne met pas obstacle à celui des dépêches qui est le plus important. Quelques sérieuses que soient les conséquences indiquées, quelques sacrifices qu'elle impose, la Commission se refuse en tout cas à admettre que ce puisse être à comparer avec le trouble immense qu'une épidémie cholérique jette dans les transactions commerciales, sans parler des milliers d'hommes dont elle cause la mort. M. le D[r] Fauvel dit en terminant que si la Commission a donné à sa conclusion une forme interrogative, ce n'est pas qu'elle doutât de la réponse à faire à la question qu'elle posait ; seulement elle se trouvait en face de préjugés dont elle était forcée de tenir compte et elle a donc préféré rester dans la réserve en laissant à la Conférence le soin de se prononcer.

Le D[r] Salem bey déclare qu'il votera contre la conclusion du rapport, non qu'il conteste à l'Europe le droit de recourir aux mesures les plus rigoureuses pour se garantir contre l'Egypte, mais parce qu'il lui paraît impossible d'obtenir ce résultat par un moyen aussi impraticable que celui que propose la Commission. Le D[r] Salem bey regrette que quelques Délégués croient devoir aller plus loin que la Commission ne l'a fait en demandant à la Conférence de trancher une question aussi importante

avant que la discussion du rapport de la 2me Commission ne soit venue démontrer l'impossibilité de compter sur des mesures quarantenaires sévèrement appliquées pour arriver au but à atteindre.

M. le Dr Gomez se demande s'il n'y aurait pas injustice à imposer à l'Egypte d'immenses sacrifices dans le seul but de sauvegarder la santé publique en Europe. Pourquoi alors ne pas exiger aussi l'isolement complet de l'Italie, de l'Espagne ou de la France lorsque le choléra y a éclaté et que les pays voisins sont encore indemnes? M. le Dr Gomez qui approuve la réserve avec laquelle la Commission recommande l'isolement de l'Egypte en temps d'épidémie, votera les conclusions du rapport, mais seulement dans la forme où elles sont formulées.

M. Kalergi déclare que son Gouvernement se réserve le droit de prendre telles mesures de précaution qu'il croira nécessaire contre les pays qui continueraient, contrairement aux décisions de la Conférence, à entretenir des relations avec l'Egypte après qu'une épidémie de choléra s'y serait manifestée.

M. le Dr Dickson admet que l'interruption des communications avec l'Egypte puisse être en théorie le plus sûr moyen de préserver l'Europe, seulement il doute que ce soit possible dans la pratique, en raison de l'opposition que cette mesure rencontrera de toute part. Ne pourrait-on pas, pour concilier tous les intérêts, désigner une île quelconque de la Méditerranée où, lorsque le choléra existerait en Egypte, les navires provenant de ce pays iraient faire quarantaine avant de poursuivre leur route vers l'Europe.

M. le Dr Fauvel fait observer que cette question rentre dans le domaine de la Commission chargée de l'étude des mesures quarantenaires.

M. le Dr Bykow pense que la Conférence doit être en état de se prononcer après les explications données par M. le Dr Fauvel : il dépendra en effet de l'Egypte de se soustraire aux sacrifices que lui causerait l'interruption des communications par l'application rigoureuse, dans la mer Rouge, des mesures conseillées par la Conférence.

M. Segovia insiste aussi pour qu'il soit passé au vote, mais en demandant que chaque Délégué réponde par *oui* ou par *non* à la question posée par la Commission.

M. le Président met d'abord aux voix le texte de la section VIII avec

la conclusion sous forme de question telle qu'elle est formulée par la Commission.

La Conférence les adopte par 16 voix, contre 3 avec une abstention.

Ont voté pour, MM. le Dr Sotto, Segovia, Dr Monlau, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Kalergi, Dr Maccas, Vernoni, Keun, Dr Millingen, Dr Gomez, Dr Mühlig, Dr Pelikan. Dr Bykow, Stenersen, Dr Bon Hübsch.

Contre, MM. les Drs Goodeve, Dickson et Salem bey.

Abstention, S. Exc Salih effendi.

La Conférence que S. Exc. Salih effendi consulte ensuite sur la question de savoir s'il doit être répondu affirmativement à la question posée par la Commission, se prononce à la majorité de 13 voix contre 3 et 4 abstentions, pour l'affirmative.

Ont voté pour MM. le Dr Sotto, Segovia, Dr Monlau, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Kalergi, Dr Maccas, Vernoni, Dr Mühlig, Dr Pelikan, Dr Bykow, Stenersen, Dr Bon Hübsch.

Contre MM. les Drs Goodeve, Dickson et Salem bey.

Abstentions, MM. Keun, Dr Millingen, Dr Gomez et S. Exc. Salih effendi.

La séance est levée à 4 h. 1|2.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Bon de Collongue.—Dr Naranzi.

N° 34.

SÉANCE DU 6 SEPTEMBRE 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent soixante-six, le 6 septembre, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa trente-quatrième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria SEGOVIA, consul général, chargé d'affaires;

M. le Docteur MONLAU, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne;

Pour les Etats Pontificaux:

S. G. Mgr. BRUNONI, archevêque de Taron, vicaire-apostolique à Constantinople;

M. le Docteur IGNACE SPADARO;

Pour la France :

M. le comte de LALLEMAND, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur GOODEVE, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. DICKSON, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople;

Pour la Grèce :

M KALERGI, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. MACCAS, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. VERNONI, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie.

M. le professeur FRÉDÉRIC BOSI ;

M. le Docteur G. SALVATORI, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. KEUN, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur MILLINGEN, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

MIRZA-MALKOM-KHAN, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseille de sa Légation ;

M. le Docteur SAWAS EFENDI, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité de Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio Gomez, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le Bon Testa, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M. le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

M. le Dr Naranzi, l'un des secrétaires, donne lecture du procès-verbal de l'avant-dernière séance (n° 32) dont la rédaction est approuvée à l'unanimité.

M. Maccas demande la parole pour saisir la Conférence d'une proposition d'urgence.

Le terme, dit M. Maccas, des travaux de la Conférence approche. Pour achever sa tâche il ne lui reste qu'à aborder le quatrième groupe de son programme. M. Maccas estime qu'en procédant immédiatement à la nomination d'une Commission ayant pour but l'étude de la question formulée

dans le groupe dont il vient de parler, la Conférence gagnerait assez de temps, car elle pourrait recevoir le rapport de cette Commission immédiatement après la discussion du rapport de la deuxième Commission.

La proposition de M. Maccas donne lieu à une conversation entre plusieurs délégués à l'effet de s'entendre sur les points suivants :

1° Faut-il nommer une Commission spéciale, ou la Conférence doit-elle se constituer elle-même en Commission plénière pour étudier et résoudre la question posée dans le quatrième groupe sous la formule suivante :

« Quelle forme définitive la Conférence devra-t-elle donner aux résolutions qu'elle aura adoptées ? »

2° En cas qu'une Commission soit nommée, devra-t-on attendre son rapport pour discuter sur le sens à donner à la question formulée dans le quatrième groupe du programme, ou convient il mieux d'en donner aujourd'hui même la définition et de tracer à la Commission le plan qu'elle doit suivre?

3° La Commission aura-t-elle pour tâche d'élaborer un acte officiel, un projet de convention, ou bien doit-elle se borner à rédiger un procès-verbal final, un résumé contenant le compte-rendu analytique des travaux de la Conférence ?

A la suite d'une discussion à laquelle prennent part MM. de Lallemand, Monlau, Stenersen, Kalergi, Keun, Segovia, Maccas, Fauvel, Goodeve, Bosi, de Soveral, Bykow, Bartoletti,

Il est décidé à l'unanimité :

1° De nommer immédiatement une Commission de 7 membres composée de Délégués diplomates et de Délégués médecins :

2° De donner pour tâche à cette Commission d'élaborer un *énoncé* « des
» propositions principales et des conclusions contenues dans les rapports
» adoptés par la Conférence. »

Cet énoncé sera précédé d'une courte introduction, et pour chaque proposition ainsi que pour chaque conclusion on indiquera le procès-verbal y relatif.

3° Cet énoncé ne contiendra aucun commentaire et sera signé par tous les Délégués, qui le soumettront à l'examen et à la sollicitude de leurs gouvernements respectifs.

Sur la proposition de S. Exc. le Président, sont nommés membres de la Commission.

MM. de Lallemand, Segovia, de Noidans, Goodeve, Bartoletti, Fauvel, Monlau.

La Conférence passe à l'ordre du jour, et M. le Président donne la parole à M. Fauvel pour la continuation de la lecture et de la discussion du rapport de la 3me Commission.

M. Fauvel lit depuis la page 51 jusqu'à page 55.

Mirza-Malcon-Khan demande la parole pour faire quelques observations ; non pas, dit-il, sur le fond du chapitre qu'il accepte et qu'il votera, mais sur quelques faits qui lui semblent exagérés et aussi sur quelques détails qu'il considère d'une application difficile et même impossible.

Les mesures de précautions proposées par la Commission pour rendre inoffensive la coutume du transport des cadavres sont excellentes, dit Mirza-Malcom-Khan, et, il y adhère pleinement, bien que, d'après lui, le rapport ait donné des proportions exagérées à ce transport. Malcon-Khan fait observer qu'on ne transporte pas tous les cadavres, il sait cela positivement pour l'avoir maintes fois constaté dans ses voyages.

Relativement à l'institution projetée d'un système sanitaire organisé sur le modèle de celui qui fonctionne à Constantinople, Mirza-Malcom-Khan estime que l'élément Européen n'est pas indispensable et que l'adoption d'une pareille institution pourrait rencontrer en Perse de grandes difficultés. Mais ces difficultés n'existeraient d'aucune manière si on se contentait pour le moment de l'élément médical indigène recruté parmi ceux qui ont fait leurs études en Europe. Avec le temps, ajoute-t-il, il serait, peut-être, aisé d'y introduire l'élément étranger.

A page 54, continue Mirza-Malcom-Khan, il est dit : si la Perse pouvait avec sécurité entretenir un médecin sanitaire à Hérat, nous lui conseillerions de le faire. Il n'y a aucun doute, d'après lui que la Perse peut parfaitement bien l'entretenir, et pour sûr, elle le fera, ce qui pense-t-il ne justifie nullement le doute exprimé dans ce passage, et faudrait donc le supprimer.

A la même page du rapport il est dit que le gouvernement Persan ferait bien de s'entendre avec l'Imam de Maskat pour organiser un système capable de défendre le pays contre l'importation par mer du choléra. Mirza-Malcom-Khan propose de supprimer ce passage. En d'autres circonstance, il a fait valoir dit il, les raisons qu'il pourrait alléguer pour appuyer ce qu'il vient de demander. Comme il n'entend pas y revenir il se

borne à dire que l'Imam de Maskat ne jouit d'aucune autonomie, qu'il n'exerce aucune domination sur le golfe Persique, et que la Perse peut agir indépendamment de lui, n'ayant nullement besoin de son concours.

M. Fauvel prie ceux qui voudraient prendre la parole sur l'Imam de Maskat ou sur le golfe Persique, et il a entendu dire que quelques Délégués se proposaient de le faire, de vouloir en cet endroit du rapport présenter leurs observations.

M. Millingen demande la parole:

Parmi les titres, dit-il, que la Commission de ce rapport a gagné à la reconnaissance de la Conférence, le principal, pour sûr est la modestie de son travail. Cette modestie éclate en plusieurs en droits du rapport, notamment lorsque la Commission avoue l'insuffisance des moyens qu'elle propose.

Dans la pensée de M. Millingen il faut tenir grand compte de cette réserve et on ne doit pas exiger de la Commission plus qu'elle n'a pu faire malgré son excellente volonté. Ainsi, dit M. Millingen, il y a dans le rapport des mesures excellentes, d'autres qui sont incomplètes ou d'une application impossible. Le grand intérêt de la question, fait il observer, porte sur le golfe Persique. Mais puisque la Conférence a jugé opportun de faire une mention spéciale de la Perse, la Commission de son côté aurait dû faire une étude spéciale des mesures à prendre pour préserver le littoral du golfe Persique, et elle n'aurait pas dû se borner à les recommander à la sollicitude de la Perse, de l'Imam de Mascat et du gouvernement Ottoman, et ajourner ainsi indéfiniment la solution d'une question aussi importante.

Il n'y a pas de contrées, continue M. Millingen, qui aient été, en dehors des Indes, plus souvent et plus cruellement éprouvées par le choléra que la Perse et la Mésopotamie. En effet depuis 1821 jusqu'à 1866 la fréquence des épidémies y a été telle qu'on s'est demandé si cette maladie n'y existait pas réellement en état d'endémicité. La Conférence, après de longues recherches, a acquis la certitude que cette fréquence était due, dans la majorité des cas, à un renouvellement incessant du germe cholérique moyennant les provenances des ports de Kourashi, Surat, Bombay, et que l'importation se faisait par le golfe Persique, surtout par les nombreux pèlerins Mahométans qui partis des foyers cholériques se rendent incessamment aux lieux et aux sanctuaires vénérés par les Schütes.

Or, si l'état actuel du golfe Persique, poursuit M. Millingen, mérite d'être pris en sérieuse considération, par rapport à la Perse et à la Mésopotamie ainsi qu'aux pays limitrophes, l'avenir qui lui est réservé intéresse trop directement l'Europe au point de vue sanitaire pour ne point s'en préoccuper d'avance. Une Commission, dit M. Millingen, déjà munie de l'autorisation du gouvernement Ottoman a entrepris de relier la Méditerranée au golfe Persique par un railway qui après avoir traversée la Syrie et suivi le cours de la vallée de l'Euphrate, doit aboutir à Bassora d'où des paquebots à vapeur transporteront marchandises et passagers au port de Bombay. Cette nouvelle route raccourcira de 1000 milles la distance entre les Indes et l'Angleterre, et, n'occupera que la moitié du temps qu'exige la voie d'Egypte, dix-huit jours environ. Lorsque, ajoute M. Millingen la canalisation de l'isthme de Suez aura été achevée, la voie par la vallée de l'Euphrate jouira d'une supériorité relative par rapport à celle de l'isthme de Suez, et sera égale à celle que la voie de Suez aura obtenu sur la route de Vasco de Gama par le cap de Bonne-Espérance.

A la suite de ces observations, M. Milligen se demande s'il ne serait pas plus convenable d'instituer à l'entrée même du golfe Persique,par exemple, sur les îles de Keshurch ou d'Ormus, devant lesquelles tout navire se rendant dans le golfe Persique doit passer, un établissement sanitaire où tous les navires entrant dans cette mer seraient soumis à un arraisonnement, et seraient aussi, s'il y avait nécessité, assujettis aux mesures quarantenaires nécessaires ? En cas d'affirmative quel caractère devrait-on donner à cet établissement, et dans quels cas, par qui et comment ces mesures seraient appliquées ?

M. Millingen prie l'honorable Conférence de vouloir prendre en sérieuse considération l'idée de l'institution dont il vient de parler, et qu'il soumet en forme de proposition.

Pour ce qui est de l'Imam de Maskat, M. Millingen croit que son intervention serait indispensable, et comme c'est lui seul qui a presque la clef du golfe Persique, une entente et un accord préalable entre l'Imam et le gouvernement Persan, seraient nécessaires pour l'installation d'un service sanitaire sur le littoral du golfe.

M. Gomez demande à faire quelques observations et quelques propositions sur le même sujet : L'étude, dit M. Gomez, qui a été faite au sein de la Conférence relativement à la marche du choléra et aux moyens qui

facilitent sa propagation, laisse parfaitement démontré que les grands déserts, les longs trajets par des chemins montagneux et peu praticables, les voyages par mer à long cours, peuvent opposer une barrière à la marche envahissante de la maladie, autant que ces conditions de route ne sont pas contrebalancées par d'autres circonstances capables d'annuler leurs effets, et faire malgré tout, que le choléra franchisse tous ces obstacles. De pareils obstacles auraient plus souvent arrêté le choléra dans sa marche à travers les continents de l'Asie et aussi par mer, en empêchant qu'il n'arrivât en Europe, si le fléau ne trouvait dans les caravanes, dans le pèlerinage surtout et par l'effet des grandes agglomérations qui en résultent, le moyen de concentrer le germe cholérique, de le confiner, de le maintenir assez pour que le temps et l'espace ne puissent le dissiper avant qu'il ne soit porté dans les régions les plus éloignées, où ces agglomérations arrivent. De là, poursuit M. Gomez, le besoin de les surveiller, de les suivre dans leurs parcours, d'exercer sur elles la plus rigoureuse police sanitaire. Le rapport en discussion en a fait connaître toute l'importance et a proposé là-dessus un système de mesures qu'on a eu l'occasion d'apprécier. Dans ce système, fait observer M. Gomez, la mer Rouge, appelle une attention toute particulière et le pèlerinage de La Mecque en est la juste cause. Relativement à quelques-unes des mesures projetées pour empêcher l'entrée de la maladie, il n'y aurait que la difficulté de l'exécution. Mais le golfe Persique, selon M. Gomez, ne méritait pas moins de soins prévoyants : au contraire, il en exigeait davantage puisqu'il est plus près de l'Inde et dans un rapport plus suivi avec ses ports, et parce que c'est l'entrée principale et la plus facile de la maladie en Perse. En outre, il est, comme on l'a démontré, le point le plus exposé, étant une des premières étapes à travers laquelle le plus souvent le choléra sortant de l'Inde passe en Europe.

Pourquoi donc, se demande M. Gomez, ne pas organiser pour cette mer, surtout à l'entrée du golfe, un système de mesures semblables à celui qui est proposée pour la mer Rouge ? Au lieu d'un rocher presque inhabitable, comme l'est l'île de Périm, on trouverait à choisir entre l'île d'Ormus et les îles de Kischm et de Laredge, où les ressources ne font pas défaut, et, où on pourrait établir non-seulement des postes d'observation, mais aussi de vastes lazarets. Cela faisant, au lieu d'avoir à traiter avec des hordes barbares, avec lesquelles, pour le moment, il n'y aurait pas moyen d'es-

pérer des rapports pacifiques, (comme sont celles qui peuplent les côtes de l'Yemen et de l'Abyssinie) on aurait à le faire avec le gouvernement Persan et l'Imam de Maskat, avec lesquels il y a tout moyen de s'entendre. Ces contrées ne sont pas, il est vrai, dit M. Gomez, très-hospitaliers par rapport à la salubrité, mais les contrées correspondantes des côtes arabiques ne sont pas de beaucoup meilleures.

Tout ce que la marche du choléra nous a fait connaître, continue M. Gomez, et ce que nous avons appris sur les moyens de préservation à lui opposer, nous fait voir que c'est à l'entrée des deux golfes surtout qu'il faut le saisir, et c'est ce qu'on pourrait faire moyennant des postes d'observation et des lazarets, convenablement installés, et c'est le but que, selon M. Gomez, on devrait en outre atteindre, par la surveillance d'une croisière régulièrement faite à l'entrée de chaque golfe, ne fut-ce qu'à l'époque du pèlerinage seulement. M. Gomez est d'avis que les puissances maritimes s'accorderaient facilement pour organiser un pareil service, elles l'ont fait d'une manière pareille mais bien plus dispendieuse pour la traite des nègres. La traite du choléra, faite au moyen de bâtiments encombrés, entretenue par une spéculation avide que rien ne saurait excuser, est-elle de nature, se demande M. Gomez, à mériter moins d'attention de leur part? Ce ne serait pas le moindre service rendu par la Conférence que d'avoir signalé les causes de la propagation du choléra comprises dans cette catégorie, et aussi d'avoir appelé l'attention des gouvernements sur les moyens efficaces qui sont en leur pouvoir, pour opposer une barrière sûre à cette propagation.

M. Gomez propose donc :

1° Qu'un service sanitaire, semblable à celui proposé dans le rapport pour le golfe Arabique, soit institué dans le golfe Persique, surtout pour ce qui regarde l'entrée de chaque golfe.

2° Que ce service sanitaire ait pour auxiliaire dans les deux golfes, en temps de pèlerinage, des croisières qui veillent régulièrement à l'exécution de la police sanitaire à bord des bâtiments et à tout ce qui regarde les mesures de préservation contre le choléra dans les deux mers.

Ces deux propositions, dit M. Gomez, dont l'une est identique à celle de M. Millingen, il les avait déjà soumises à la Commission.

Mirza-Malcom-Khan se borne à faire observer à M. Millingen que son discours qui avait pour but principal l'établissement d'un service sanitaire

spécial à l'entrée du golfe Persique était tout au moins superflu, vu que les Délégués persans ont déjà promis au nom de leur gouvernement de le faire.

M. Sawas de son côté croit que la proposition de M. Millingen pourrait être utile comme mesure de précaution, si, toutefois, elle était admise par le gouvernement auquel appartient le territoire. Il fait cependant observer à M. Millingen, que sa proposition suppose des connaissances sur les îles de Keshmeh et d'Ormus, qu'on est loin de posséder, il faudrait donc, et avant tout entreprendre des études à ce sujet. M. Sawas n'est pas de l'avis de M. Millingen qui suppose que tout navire doit passer devant les îles qu'il a signalées. Cela n'étant pas, dit M. Sawas, il faudrait les forcer, par une force armée, à y passer pour l'arraisonnement. Les Délégués de Perse ne s'opposent pas, dit M. Sawas, à ce que des mesures efficaces soient prises dans le golfe Persique, mais il sont d'opinion qu'on n'est pas à même de se prononcer aussi nettement sur le golfe Persique qu'on l'a fait pour le golfe Arabique ; des études sont nécessaires, et tant qu'elles font défaut les propositions de M. Millingen et de M.Gomez ne peuvent pas être abordées et moins encore discutées en connaissance de cause.

M Millingen croit que MM. les Délégués Persans n'ont pas compris sa proposition : il a demandé s'il n'était pas possible de trouver dans le golfe Persique un endroit convenable pour l'établissement d'un service sanitaire. Cet endroit, d'après M. Millingen, existe et il l'a cité. Les connaissances qui font défaut à M. Sawas, d'après son dire, beaucoup d'autres personnes les possèdent. L'endroit par lui cité est parfaitement connu, grâce surtout aux cartes géographiques faites par les Anglais lors de l'expédition contre les pirates.

M. Gomez aussi soutient que les îles qu'il a mentionnées sont parfaitement connues, et, il peut en donner la description géographique et physique. C'est un pays, assure-t-il, bien connu, jadis repaire des pirates, qui aujourd'hui même le parcourent bien qu'en moindre nombre. Les bâtiments, peuvent, à l'entrée du golfe Persique, être surveillés tout aussi bien que dans le golfe Arabique, et même avec beaucoup plus d'avantages à cause des îles dont il est parsemé, îles très-habitables par des Arabes. Ces îles qui aujourd'hui sont au pouvoir de l'Imam de Maskat ont jadis appartenu à d'autres maîtres. Il y en a une qui n'est pas précisément à l'entrée du golfe Persique, laquelle conserve encore les restes d'un ancien

château, construit par les Portugais à l'époque où leur domination s'étendait jusqu'au golfe Persique. En établissant, dit M. Gomez, des postes sanitaires dans quelques-unes de ces îles qui peuvent parfaitement convenir à cela, on pourrait saisir le choléra au point où il est très-facile de le prendre, surtout en y établissant une croisière. Le service de cette croisière serait plus facile que la vigilance bien autrement étendue, qu'on est forcé de faire, par exemple, dans la traite des nègres dans les deux côtes d'Afrique (Orientale et Occidentale.)

M. Goodeve pense que la Commission a bien posé en principe de quelle nature doit être le service sanitaire qu'il importe d'établir dans le golfe Persique. C'est dans ce golfe, d'après M. Goodeve lui-même, qu'existe le danger le plus grand, et ce danger est plus sérieux que dans la mer Rouge où il y a peu de choléra sur les deux bords.

Il serait, dit M. Goodeve, plus facile peut-être de garantir par la voie de mer, mais il reconnaît qu'on ne pourrait pas faire cela d'une manière aussi efficace que la Commission le suppose Lorsque le choléra, ajoute M. Goodeve, entre et par mer et par terre, comme cela a lieu dans le golfe Persique, les mesures de précaution maritime ne peuvent être ni assez efficaces ni suffisantes. Le choléra entre au golfe Persique par terre du côté Sud et Nord, donc, il serait indispensable, pour réussir à établir une barrière efficace, de prendre des mesures tant du côté de terre que du côté de mer. Cette circonstance, fait remarquer M. Goodeve, change complétement les conditions des deux golfes qui n'ont aucune ressemblance entre eux.

M. Fauvel avoue qu'il ne peut partager ni la confiance de M. Millingen ni l'enthousiasme de M. Gomez à propos du service sanitaire qu'ils proposent d'établir à l'entrée du golfe Persique. Ce n'est pas, selon M. Fauvel, aussi facile qu'ils le croient d'arrêter là le choléra, et c'est cette difficulté qui a décidé la Commission, laquelle d'ailleurs y avait pensé, à renoncer à tout projet de cette nature. M. Goodeve a très bien dit que le choléra peut arriver dans le golfe Persique par des navires mais que plus facilement et plus souvent il y entre en allant de côte à côte et de port à port jusqu'à Bend-er-Abas. Dans ces côtes, dit M. Fauvel, le choléra existe presque en permanence et son importation est possible tout le long du littoral tout autant que par terre. Théoriquement parlant, continue M. Fauvel, on ne conteste pas l'utilité d'un établissement sanitaire à l'entrée

du golfe Persique ; mais pour que ce projet ne soit pas une utopie, il faut qu'on possède les moyens qui sont nécessaires pour le mettre à exécution. Ces moyens existent-ils? M. Fauvel pense que non : On était en droit de s'attendre à ce que M Millingen les fit connaître et les proposât, mais au lieu de donner les moyens d'exécution, M. Millingen renvoie à l'examen de la carte géographique, et pour les détails il se réfère à l'influence de l'Iman de Maskat, avec lequel il conseille de s'entendre sous peine de voir échouer l'exécution du projet. Donc, il faut ou son consentement ou sa dépossession, graves difficultés, fait observer M. Fauvel, que la Commission n'a pas jugé convenable d'aborder.

M. Millingen réplique que l'influence de l'Imam dans le golfe Persique est grande, que cette influence vient principalement de ce que l'Imam est l'allié de l'Angleterre depuis le temps qu'il a fait avec l'Angleterre la chasse des pirates. Des milliers de navires, dit M. Millingen, portent le pavillon de l'Imam, et ces navires font un commerce très suivi et très lucratif entre ces îles et les Indes. Ce commerce donne aussi une grande influence aux Anglais qui entretiennent dans ces parages deux résidants dont l'un réside à Maskat et l'autre à Bender-Abas. Donc, il serait facile d'obtenir, par l'entremise du gouvernement anglais le concours de l'Imam. M. Millingen dit en finissant qu'en cas d'acceptation de sa proposition, il s'engage à fournir à la Conférence tous les renseignements désirables.

M. Sawas opine que M. Millingen, au lieu de revenir à la charge pour soutenir des choses non prouvées, ferait bien de se désister de sa proposition. Ce qu'il avance, par rapport à l'Imam et à la Grande-Bretagne est de nature à l'engager un peu plus qu'il n'a le droit de le faire. M. Sawas pense que la question se réduit tout simplement à savoir si la proposition de M. Millingen et de M. Gomez est utile et si, en même temps, elle est d'une application possible. Les Délégués, dit M. Sawas, de France et de la Grande-Bretagne ont pleinement démontré que leur proposition n'est ni utile ni possible. Ainsi, d'après M. Sawas, la Conférence doit avoir compris l'inanité des promesses de M. Millingen. Une autre question, fait-il remarquer, est subordonnée à la première, c'est la question de la proprieté territoriale. A qui appartient l'île de Kischmich ? La Perse, dit M. Sawas, vante des droits sur elle, et ses droits sont beaucoup plus fondés que ceux que d'autres puissances pourraient mettre en avant, le Portugal par exemple.

M. de Soveral fait observer que les droits de la Perse sur l'île de Kischmisch sont très contestables, tandis que les droits que le gouvernement Portugais pourrait alléguer sur l'île d'Ormuz reposent sur une longue domination, domination qui est attestée par le château encore existant que les Portugais y avaient construit.

M. Sawas demande à faire une observation concernant le conseil qu'on donne au gouvernement Persan pour l'exhumation et le transport des cadavres.

A page 54 du rapport, il est dit à l'avant-dernière ligne que le gouvernement Persan ne devrait permettre l'exhumation et le transport des cadavres que pendant les trois mois d'hiver.

M. Sawas déclare qu'une pareille mesure soulèverait de grandes difficultés et telles que le gouvernement Persan serait, peut-être, incapable de les surmonter. Il ne faut pas oublier, dit M. Sawas, que les trois mois d'hiver sont excessivement froids en Perse. M. Sawas dit en finissant que le gouvernement Persan étant prêt à accepter et à adopter toutes les mesures qui sont de nature à s'opposer à la propagation du choléra à travers le territoire persan, il importe de lui conseiller et de recommander des mesures praticables et non pas exiger de lui des choses impossibles.

M. Bartoletti, après avoir déclaré qu'il adhère au rapport, rappelle que l'époque principale du transport des cadavres arrive au mois de Moharem qui tantôt correspond à la saison d'été et tantôt en hiver, ce qui rendrait difficile et presque impossible la prescription qu'on voudrait faire suivre. Il y a un autre point relatif au transport des cadavres qui mérite, selon M. Bartoletti, de fixer l'attention de la Conférence. Le rapport pourrait, croit-il, compléter les garanties qu'il exige, en ajoutant, dans l'intérêt de la Perse, certaines autres précautions, ou formalités pour le transport des cadavres sur la frontière du côté du territoire Ottoman.

M. Fauvel, en réponse à M. Sawas, dit que la Commission n'a pas eu l'intention d'imposer au gouvernement Persan des mesures qu'il ne pourrait pas mettre à exécution. Le gouvernement Persan restant libre de les appliquer ou non la Commission s'est bornée à les lui recommander tant dans son intérêt que dans l'intérêt des populations.

Sur la demande des plusieurs Délégués, S. Exc. le Président met aux voix le 9me article.

Il est adopté à l'unanimité. Mirza-Malcom-Khan et M. Sawas votent sous le bénéfice des réserves déjà faites,

La séance est levée à 4 h. 1/2.

Ordre du jour de la prochaine séance: — Suite de la discussion du rapport.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Dr NARANZI ; — Bon DE COLLONGUE.

Procès-verbal N° 31.
RECTIFICATIONS. — Page 8, 26me alinéa. Au lieu de deux passagers par tonneau, lisez: *deux passagers par trois tonneaux.*

N° 35.

SÉANCE DU 8 SEPTEMBRE 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 8 septembre, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa trente-cinquième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur IGNACE SPADARO ;

Pour la France :

M. le comte de LALLEMAND, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur GOODEVE, chirurgien-major de l'armée des Indes médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. DICKSON, médecin de l'Ambassade de S. M Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople;

Pour la Grèce :

M. le Docteur G. A. MACCAS, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. VERNONI, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie.

M. le professeur FRÉDÉRIC BOSI ;

M. le Docteur G. SALVATORI, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. KEUN, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur MILLINGEN, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

MIRZA-MALKOM-KHAN, aide-de-camp général de S M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur SAWAS EFENDI, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité à Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio GOMEZ, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le Bon TESTA, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation ;

M le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

La séance est ouverte à midi :

L'ordre du jour portant la continuation de la discussion du rapport de la 3me Commission, il est donné lecture de la section X, de ce rapport : *mesures à prendre à la frontière turco-persane.*

M. le Dr Sawas rend tout d'abord hommage à la bonne organisation du service sanitaire ottoman sur la frontière turco-persane : cette organisation qui est due à l'un des membres de la Conférence, M. le Dr Bartoletti, remontant toutefois à un certain nombre d'années, il se pourrait qu'il s'y fût produit depuis des lacunes de nature à nuire à l'efficacité du système. Sans parler d'ailleurs de l'efficacité de ce système, la manière dont il est appliqué serait sur certains points vexatoire pour les sujets persans. Le nombre des lazarets notamment serait insuffisant et sur les points où il en existe, ces lazarets ne répondraient pas toujours aux besoins du service non plus qu'aux exigences de la sécurité publique. Dans ces conditions et sans entrer maintenant dans plus de détails, M. le Dr Sawas propose à la Conférence d'émettre le vœu qu'une commission internationale soit nommée et envoyée sur les lieux pour y étudier les mesures à prendre

dans l'intérêt de la préservation des deux pays et aussi pour aviser aux moyens de rendre la quarantaine possible pour leurs sujets respectifs. M. le Dr Sawas croit que cette proposition se justifie d'autant plus que l'on ne saurait de ce côté songer à interrompre les communications, moyen dont la Commission admet la possibilité et auquel elle pense qu'on pourrait temporairement recourir dans certains cas.

M. le Dr Bartoletti fait remarquer que le service sanitaire de la frontière turco-persane n'avait pas été organisé particulièrement en vue du choléra, on ne songeait pas alors aux quarantaines de terre pour se préserver de cette maladie, et sous ce rapport, il peut donc être nécessaire de le compléter. Les offices sanitaires ayant été placés sur les grandes routes que les caravanes doivent suivre forcément en raison de la configuration du pays, il suffirait de renforcer sur certains points la surveillance, peut-être faudrait-il aussi créer quelques nouveaux postes, mais il n'y a aucun motif pour charger une commission internationale d'étudier à nouveau une question sur laquelle l'administration ottomane possède tous les renseignements nécessaires. Si l'utilité des quarantaines aux frontières de terre est admise par la Conférence, elle peut compter sur l'empressement du Gouvernement Impérial à compléter et à perfectionner un service qu'il a spontanément établi et qui tel qu'il est a déjà rendu d'incontestables services.

S. Exc. Salih Effendi parle dans le même sens.

M. le Dr Sawas regretterait que Messieurs les Délégués de Turquie pussent lui supposer l'intention d'attaquer l'administration sanitaire ottomane. Toutes les fois qu'il a eu des plaintes à formuler, il ne s'est pas adressé à la Conférence, mais au conseil supérieur de santé où il a l'honneur de siéger en qualité de Délégué de la Perse, et qui est seul compétent. S'il a tenu à s'abstenir de tout détail, c'est précisément qu'il a voulu éviter qu'aucun malentendu ne pût exister sur ses intentions.

M. le Dr Bykow croit superflue la nomination d'une commission internationale ; c'est au Gouvernement Impérial à nommer, s'il y a lieu, une commission spéciale pour compléter les données qu'il possède sur la question.

M. le Dr Gomez pense que l'adoption de la proposition de M. le Dr Sawas équivaudrait, quoi qu'on fasse, à une sorte de censure adressée au conseil supérieur de santé. La Conférence n'a d'autre mission que de poser des

règles, l'exécution ne la regarde pas ; tout au plus pourrait-elle exprimer le vœu que le Conseil de Santé prît sans retard les mesures nécessaires pour compléter le service déjà existant.

M. Fauvel appuie les observations présentées par M. le Dr Bartoletti. Tout le monde est d'accord que le service a besoin d'être perfectionné, qu'il y a des lacunes à combler, mais le conseil de santé possède tous les renseignements dont il a besoin pour le faire.

La majorité de la Conférence paraissant partager cette manière de voir, M. le Dr Sawas déclare ne pas insister. M. les Délégués de Perse restent toutefois convaincus et soutiennent qu'une commission intern tionale pourrait seule mener à bonne fin les études que comporte encore la question, si importante au point de vue de la préservation de l'Europe, des mesures de précaution à la frontière turco-persane. M. le Dr Sawas demande expressément que ce soit constaté au procès-verbal.

M. le Dr Millingen revient sur la proposition qu'il avait introduite à la précédente séance relativement à l'insuffisance des mesures destinées à empêcher l'importation du choléra par le golfe Persique. On ne peut nier, dit-il, que le golfe Persique ne soit une des routes les plus habituellement suivies par le choléra et cependant aucune mesure de précaution sérieuse n'est prise de ce côté. Après avoir rappelé qu'aucun médecin ne consent à résider à Bassorah à cause du climat, et s'être demandé si on peut compter davantage sur la surveillance exercée à Faô, localité presque déserte où il n'y a pas de port et où jamais un seul navire n'a passé, M. le Dr Millingen déclare qu'il considère comme un devoir d'appeler de nouveau l'attention de la Conférence sur cette grave question.

M. Bartoletti répond, en ce qui concerne Faô, que cette localité se trouve dans une excellente position pour surveiller les arrivages du golfe Persique, et que pour cette raison on y a même installé un bureau de douane. M. le Dr Bartoletti annonce que le Gouvernement Ottoman se propose d'envoyer un médecin à Faô pour compléter la surveillance sur ce point.

M. le Dr Millingen maintient l'exactitude des renseignements qu'il a donnés sur Faô, renseignements qu'il tient d'un employé de la station télégraphique établie sur ce point. Faô est situé à l'extrémité d'une plaine sablonneuse, il n'y a d'autres habitations que la station télégraphique et quelques cabanes ; enfin quoi qu'en dise M. le Dr Bartoletti, jamais on n'y voit passer des navires.

M. le Dr Gomez se joint à M. le Dr Millingen pour demander que sa proposition soit mise aux voix. Sans parler des longues discussions auxquelles a donné lieu la présence presque continuelle du choléra en Perse et la question de savoir si cette maladie y est ou non endémique, le chapitre du rapport de M. le Dr Fauvel qui vient d'être lu ne fait que rendre plus évidente la nécessité d'une surveillance rigoureuse. On a objecté qu'il serait difficile d'exercer cette surveillance à l'entrée du golfe Persique, la difficulté ne serait-elle pas plus grande encore au fond du golfe, et, de plus la surveillance pourrait-elle y être aussi efficace ?

M. le Dr Fauvel ne pense pas qu'il y ait lieu de revenir sur une question déjà longuement débattue, il ne serait pas moins superflu de reproduire les arguments qu'on a opposés à la dernière séance à la proposition de M. le Dr Millingen. Cette proposition ne s'appuie sur aucun renseignement positif et d'ailleurs, comme on l'a dit avec raison, en supposant même qu'il fût théoriquement possible d'établir un service sanitaire à l'entrée du golfe Persique, serait-on sûr d'avoir obtenu le but qu'on se proposait? Sait-on si le choléra ne passerait pas en dépit de la surveillance en suivant la côte par terre? La Commission qui ne possédait aucune donnée d'aucun genre sur les localités situées à l'entrée du golfe Persique, a constaté la difficulté de se défendre de ce côté contre les invasions du choléra ; seulement plutôt que de se hasarder sur un terrain inconnu, elle a pensé qu'il serait au contraire préférable de reporter en arrière la ligne de défense en protégeant Bagdad du côté du Sud par des postes sanitaires appuyés sur la barrière qui forme le Tigre et l'Euphrate. Là au moins il existe un gouvernement auquel on peut s'adresser et sur le concours duquel on est assuré de pouvoir compter.

MM. les Drs Millingen et Gomez répondent que leur proposition est pour ainsi dire calquée sur celle de la Commission relative à l'institution d'un établissement sanitaire à l'entrée du golfe Arabique. Les difficultés que rencontrerait la création d'un pareil établissement ne seraient pas plus insurmontables à l'entrée du golfe Persique qu'à l'entrée de la mer Rouge. En tous cas et sans entrer dans les détails dont l'étude viendrait après, la Conférence pourrait bien se prononcer sur la question de la convenance.

M. Vernoni formule la proposition suivante : « La Conférence est d'avis « qu'il serait utile de nommer une commission composée de Délégués « Ottomans, Persans et de l'Imanat de Maskat pour étudier et concerter

« l'établissement d'un service sanitaire à l'entrée du golfe Persique et sur « le littoral du golfe même. »

M. le Prof. Bosi appuie cette proposition.

M. le D[r] Mühlig propose de son côté que la question, qui lui paraît digne de la plus sérieuse attention de la Conférence, soit renvoyée à la Commission à laquelle on adjoindrait M. le D[r] Millingen.

La proposition de M. le D[r] Mühlig est mise aux voix et rejetée.— 21 votants; Pour 3 (MM. les D[rs] Millingen, Gomez et Mühlig) contre 18.

Celle de M. Vernoni est également rejetée par 14 voix contre 5, — 2 abstentions.

La Conférence passe ensuite au vote sur la 10[me] section X du rapport qui est adoptée, — 15 voix — pour MM. les D[rs] Sotto, Monlau, Spadaro, M. le C[te] de Lallemand, D[rs] Fauvel, Gomez, Dickson, Maccas, M. Vernoni, Prof. Bosi, D[rs] Mühlig, Bykow, M. le B[on] Hübsch, S. Exc. Salih Effendi et D[r] Bartoletti ; 0 contre, — 6 abstentions MM. Keun, Millingen, Mirza-Malcom-Khan, Sawas, Gomez, Stenersen.

Il est, après ce vote, donné lecture de la section XI, — *mesures contre l'importation du choléra par la Boukharie et les steppes de la Tartarie.*

M. le D[r] Bykow prend la parole pour rectifier ou pour compléter sur quelques points les renseignements qu'il a fournis à M. le D[r] Fauvel :

1° (page 60, 2[me] alinéa) Le chiffre de 400 werstes que la caravane a à parcourir pour traverser les espaces sablonneux de Kara-Kouhm, serait exagéré. D'après l'itinéraire publié par un statisticien distingué, M. Beloustine, qui s'appuie sur des documents dignes de foi, la distance ne serait pas de plus de 260 werstes dont 54 dépourvues d'eau.

2° (page 60, dernier alinéa) Lorsqu'il est parlé des *espaces déserts* que les caravanes de Boukhara doivent traverser pour atteindre le Ser-Daria, il faudrait ajouter *et accidentés.*

3° (page 62) Trois ou quatre caravanes venant de Khiva dont trois à destination d'Orembourg et une à destination de Mangaschlyk, d'où les marchandises se transportent à Astrakan par la mer Caspienne, traversent chaque année les steppes qui s'étendent entre la mer Caspienne et le lac d'Aral en passant par le côté Ouest de ce lac. Les caravanes d'Orenbourg sont plus considérables que celles de Mangaschlyk, on y compte plus de 2000 chameaux. La première caravane qui alla de Khiva à Orenbourg par cette route le fit en 1738 sous le règne de l'Impératrice Elisa-

beth. Le voyage qui se fait pendant les mois d'hiver, dure de 50 à 55 jours, la distance étant de 1360 werstes. Les caravanes préfèrent passer à l'Ouest du lac d'Aral parce que la neige y est moins abondante que de l'autre côté où l'on rencontre cependant plus de pâturages et de l'eau en abondance.

M. le D[r] Bykow croit enfin devoir compléter les détails qu'on trouve dans le rapport sur les hordes Kirghises, en parlant d'un pèlerinage fort en honneur parmi celles qui dépendent de Khiva. Il s'agit du tombeau d'un saint très vénéré (Tok-mak-ata) qui passe pour un des protecteurs de cette ville et du fleuve Oxus. Les Kirghises Khiviens vont chaque année en grand nombre visiter ce tombeau qui se trouve dans une île du lac d'Aral rapprochée de la côte Méridionale ; le Khan lui-même ne manque jamais de s'y rendre accompagné de sa cour ; le pèlerinage qui commence en août, dure plusieurs semaines.

La section XI est mise aux voix et adoptée à l'unanimité (17 votants.)

Lecture est donnée de la XII—*Mesures à prendre sur la frontière russo-persane.*

M. le D[r] Bykow signale une erreur dans le 1[er] alinéa, page 63 (avant-dernière ligne) il faut dire *Chekka* et non pas Cherka.

Le D[r] Pélikan remercie la Commission de sa confiance dans le gouvernement russe pour l'organisation du service sanitaire sur ses frontières Asiatiques. La Conférence peut d'avance compter sur l'active coopération du Gouvernement Impérial aux mesures de préservation qu'elle aura recommandées.

La section XII est adoptée à l'unanimité, — 19 votants.

Le résumé dont il est ensuite donné lecture est voté et adopté à l'unanimité moins une voix, celle de M. le D[r] Monlau qui s'abstient, trouvant ce vote inutile après l'adoption successive de toutes les parties du rapport.

M. le D[r] Maccas ne doute pas que le rapport qui vient d'être discuté et qui lui paraît contenir presqu'à lui seul la solution entière du problème soumis aux investigations de la Conférence, ne reçoive l'approbation des hommes qui suivent de près ces graves questions, et aussi celle de tous les gouvernements représentés dans la Conférence. M. le Délégué de Grèce croit être l'interprête de tous ses collègues en proposant de voter des remerciments à la Commission à qui l'on doit ce travail qui ne peut manquer de faire le plus grand honneur à la Conférence et plus spécialement à son habile rapporteur, M. le D[r] Fauvel.

La Conférence tout entière s'associe avec empressement aux félicitations que S. Exc. Salih Effendi adresse à M. le Dr Fauvel et à tous les membres de la Commission.

La Conférence s'est ensuite ajournée au jeudi 13 septembre pour commencer la discussion du rapport de la Commission chargée de l'examen du projet de réforme du tarif sanitaire ottoman.

La séance est levée à 4 h.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Bon de Collongue ; — Dr Naranzi.

N° 36.

SÉANCE DU 13 SEPTEMBRE 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 13 septembre, à midi, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa trente-sixième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

M. le Docteur MONLAU, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M. le Docteur IGNACE SPADARO ;

Pour la France :

M. le comte de LALLEMAND, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur GOODEVE, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. DICKSON, médecin de l'Ambassade de S. M. B., délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople;

Pour la Grèce :

M. KALERGI, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. MACCAS, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. VERNONI, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie.

M. le professeur FRÉDÉRIC BOSI ;

Pour les Pays-Bas :

M. KEUN, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur MILLINGEN, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

M. le Docteur SAWAS EFENDI, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité à Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le conseiller Docteur Bernardino Antonio GOMEZ, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le B[on] TESTA, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation de Prusse, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation à Constantinople ;

M le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

MM. les secrétaires donnent lecture des procès verbaux des trois dernières séances (n° 33, 34 et 35) qui sont adoptés à l'unanimité.

M. de Lallemand demande la parole (au nom de la Commission nommée *ad hoc* pour la réforme du tarif sanitaire en Turquie) dont il est le rapporteur, et dépose sur le bureau un rapport (annexe au procès-verbal n° 36) qui porte pour titre :

RAPPORT

SUR LE PROJET DE RÉFORME DU TARIF DES DROITS SANITAIRES DANS LES PORTS OTTOMANS.

Fait par une Commission composée de MM. le Cher Pinto de Soveral, président ; Bon Testa, Stenersen, Cte de Lallemand, diplomates, et de MM. Bartoletti, Sawas et Spadaro, médecins.

M. de Lallemand exprime ses regrets de n'avoir pu avoir pour le distribuer le rapport en question que peu avant la séance. Pour ne pas faire attendre davantage, dit-il, l'honorable Conférence qui avait exprimé le désir de l'avoir aujourd'hui même, le rapport a dû être imprimé sans les conclusions. Ces conclusions cependant ressortent évidement du texte et il

en donnera lecture à la place qui leur convient au fur et à mesure qu'il lira le texte, si la Conférence juge à propos d'entrer immédiatement en discussion.

S. Exc. le Président consulte l'honorable Conférence à ce sujet

M. Vernoni déclare que les instructions que les Délégués d'Italie avaient reçues et qui les avaient empêchés de prendre part au vote alors que la majorité de la Conférence avait décidé de nommer une Commission pour étudier le projet de la réforme du tarif, n'ayant pas été depuis lors modifiées par son gouvernement, il s'abstiendra, lui et ses collègues, de prendre part tant à la discussion du rapport présenté par ladite Commission qu'à la votation qui pourrait s'en suivre.

M. Gomez de son côté démontre la nécessité d'ajourner la discussion pour donner à MM. les Délégués le temps d'étudier ce rapport. Une simple lecture, séance tenante, ne serait pas, selon lui, suffisante pour pouvoir se prononcer avec pleine connaissance de cause. Tel est du moins son avis. M. Gomez désire prendre part et à la discussion et au vote, mais après une étude préalable du rapport et si la Conférence n'admet pas l'ajournement qu'il demande il se verrait obligé de s'abstenir et de l'une et de l'autre. Son abstention est rendue d'autant plus nécessaire que M. le Ch^er^ Pinto de Soveral, son collègue, n'assiste pas à la séance. Il est probable qu'il ignore qu'aujourd'hui même on veut procéder à la discussion du rapport. M. Gomez croit que s'il l'avait su, il n'aurait pas manqué de se trouver présent à la discussion du rapport d'une Commission dont il faisait partie et qu'il avait même présidée. Toutefois, M. Gomez déclare en finissant qu'il n'entend entraver d'aucune manière la discussion.

M. de Lallemand rappelle que lui-même n'étant pas sûr que le rapport pût être imprimé et distribué quelques jours avant la séance d'aujourd'hui et dans la prévision d'objections de la nature de celles de M. Gomez, ilavait demandé qu'on remît à samedi prochain la discussion du rapport qu'il vient de présenter. Mais malgré ses observations, la Conférence, en vue de gagner du temps, avait insisté pour que le rapport fût porté à l'ordre du jour de la séance d'aujourd'hui. C'est ce qui a été fait: il s'en suit donc qu'il faut procéder immédiatement à la discussion. On n'a pas pu, il est vrai, en faire la distribution un jour avant la séance, mais ce retard, pense M. de Lallemand, ne peut nullement justifier la demande de l'ajournement de la discussion. Le sujet est depuis longtemps connu,

et non seulement il a été débattu au sein de la Conférence, mais on a eu soin d'éclairer la question en reproduisant in extenso sur le même sujet (v. le procès-verbal, n° 10) le rapport du Conseil supérieur de Santé. Ainsi donc, conclut M. de Lallemand, l'étude préalable du rapport n'est pas indispensable, et il suffirait d'en donner lecture pour entrer immédiatement en discussion.

M. de Lallemand ajoute qu'il regrette l'absence de M. le Ch^er^ Pinto de Soveral, mais il n'ignorait pas qu'aujourd'hui on devait procéder à la discussion du rapport et il avait même promis d'y assister.

M. Fauvel s'exprime dans le même sens et ajoute qu'il suffit de parcourir le rapport pour rester convaincu que la question qu'on y traite est très-simple, n'étant qu'une question de principe et de moralité. La Commission a écarté, de propos délibéré, toute question de détail, et elle n'a fait qu'établir des généralités. M. Fauvel estime qu'il n'y a pas de raisons plausibles pour ajourner la discussion.

Une conversation s'engage entre MM. Stenersen, Maccas, Goodeve, Testa, Gomez, Monlau d'un côté, et MM. de Lallemand, Fauvel, Sawas, Bartoletti, Hübsch et Salem Bey de l'autre.

Les premiers veulent l'ajournement, les autres demandent la discussion immédiate.

M Stenersen recommande de laisser à chacun pleine liberté d'action. Dans l'intérêt de la discussion, dit-il, il faut que chacun reste libre de juger s'il est prêt ou non à discuter.

M. Maccas adresse à M. de Lallemand la prière de vouloir remettre, en cas que la Commission se décide pour l'ajournement, à une séance extraordinaire la discussion de son rapport ; la séance de samedi étant destinée au rapport de la deuxième Commission.

MM. Goodeve et Monlau appuient cette proposition.

M Sawas se range à l'avis de ceux qui demandent l'ajournement, mais il ne trouve pas nécessaire de faire pour cela une séance extraordinaire. Onn'a, dit-il, qu'à se réunir de meilleure heure samedi prochain pour discuter le rapport de M. de Lallemand. Ce rapport n'étant pas de nature à soulever une grande discussion, on pourra passer immédiatement après à la discussion du rapport de M. Bartoletti.

MM. Bartoletti, Bon Testa, de Hübsch et Salem Bey appuient la proposition de M. Sawas.

Sur la demande de plusieurs Délégués, M. le Président met aux voix la proposition de M. Sawas qui demande l'ajournement à samedi prochain.

Elle est acceptée à la majorité de 7 voix, contre 4 et une abstention — celle de M de Lallemand.

Ont voté pour : MM. Salih Effendi, Bartoletti, Stenersen, Testa, Gomez, Sawas, de Noidans.

Ont voté contre : MM. Mühlig, Fauvel, Spadaro, Monlau.

MM. les Délégués de la Grande Bretagne déclarent n'avoir pris aucune part ni à la discussion, ni au vote.

M. Maccas déclare qu'il manque tout à fait d'instructions et qu'il ne se considère pas autorisé à se prononcer ni pour — ni contre, ce qui l'oblige à s'abstenir complètement.

Plusieurs Délégués demandent qu'on donne lecture du rapport pour engager immédiatement la discussion à la prochaine séance.

S. Exc. après avoir consulté la Conférence, donne la parole à M. le Cte de Lallemand pour donner lecture de son rapport.

La lecture du rapport achevée M. le Cte de Lallemand lit les conclusions formelles qui, faute de temps, n'ont pu être imprimées à la fin du texte:

Ces conclusions sont les suivantes :

CONCLUSIONS.

En conséquence, Messieurs, et par les considérations exposées dans le rapport jointes à celles que nous nous réservons de présenter encore dans la discussion, s'il y a lieu, votre Commission estime :

1° Que le Gouvernement Ottoman a un droit incontestable à lever sur le commerce maritime avec le consentement des Puissances une taxe qui compense les frais de son service sanitaire portés à la somme très-modérée de quatre millions cinq-cent mille piastres ;

2° Que les évaluations qui ont servi de base à la fixation du droit de 26 paras par tonneau proposé dans le projet sont sincères ;

3° Que le droit lui-même de 26 paras par tonneau est le plus modéré qui se paye dans les ports des divers Etats, pour le service de santé.

4° Que la révision du tarif au bout de trois années d'exercice, révision proposée dans le projet du Conseil de Santé, est une garantie de plus contre toute erreur préjudiciable au commerce ;

5° Que l'administration des revenus du service sanitaire par le Conseil supérieur de Santé sous l'approbation et le contrôle du Gouvernement, telle qu'elle est définie dans le rapport de la Commission du Conseil, en date du 18 février 1865, est désirable, utile au service et profitable à l'autorité du Conseil ;

6° Sur les questions qui touchent à la répartition du droit entre les navires et entre les diverses sortes de navigation, la Commission croit devoir se borner aux observations contenues dans le rapport et s'abstenir pour le surplus.

La séance est levée à 3 h.

Ordre du jour de la prochaine séance :

1° Discussion du rapport de la Commission du tarif. (Lallemand rapp.)

2° Lecture et discussion du rapport de la 2me Commission. (Bartoletti rapporteur.)

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH .

Les Secrétaires,
Dr NARANZI ; — Bon DE COLLONGUE.

(ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL, N° 36)

RAPPORT

Sur le projet de réforme du Tarif des Droits Sanitaires dans les ports Ottomans

Fait par une Commission composée de MM. le Ch^er^ PINTO DE SOVERAL, *président,* Bon TESTA, STENERSEN, Cte de LALLEMAND, *diplomates ;* et de MM. BARTOLETTI, SAWAS et SPADARO, *médecins.*

M. le Cte de LALLEMAND, *Rapporteur.*

Messieurs,

En 1838, la Turquie instituait son service sanitaire et le faisait, il faut le reconnaître, autant en vue de rassurer l'Europe sur le danger de ses relations avec l'Empire Ottoman qu'en vue de se préserver elle-même. La fondatoni du service sanitaire est contemporaine du Traité de Commerce de 1838, et appartient au même ordre d'idées.

Le but a été atteint. Non seulement l'Europe a été rassurée et ses relations de toute sorte avec la Turquie ont pris un accroissement considérable, mais encore les populations de l'Empire ont été délivrées peu à peu du fléau de la peste, dont la disparition progressive, on ne saurait le nier, est due au moins en grande partie à l'action préservatrice des mesures sanitaires.

Le service de santé fut à ses débuts ce qu'il devait être en conséquence des idées généralement reçues alors, et pendant douze ou quinze années il ne changea pas essentiellement. Son budget de recettes et de dépenses, annexe

naturelle de tout service public, avait été conçu en raison même de la nature du service qui était fondé principalement sur l'exécution des mesures restrictives, de la quarantaine en un mot. Mais vers 1850, les idées avaient changé sinon quant au but, au moins quant aux procédés d'un bon service sanitaire. La peste était vaincue et à peu-près oubliée, ou du moins elle était réléguée tout-à-fait sur l'arrière-plan dans les préoccupations du public et des médecins. Le fléau, l'ennemi à combattre, avait changé de nom et de caractère, il s'appelait le choléra. Dans sa seconde et meurtrière apparition en Europe, de 1847 à 1849, il avait révélé plus manifestement encore que la première fois son caractère voyageur et envahissant; mais il n'avait pas révélé clairement encore, du moins pas aux yeux de tous les observateurs, son mode de propagation par transmission individuelle. C'est alors que fut réunie à Paris la Conférence Sanitaire Internationale de 1851, avec mission de rechercher les bases d'un service sanitaire, à la fois efficace et autant que possible uniforme, contre les trois grandes épidémies que l'Orient, l'Inde, et enfin l'Amérique envoient ou ont envoyé périodiquement, à l'Europe à diverses époques, la peste, le choléra, la fièvre jaune. La Turquie se fit représenter à ce congrès.

La Commission n'a point à apprécier les travaux de cette assemblée en eux-mêmes. Elle se borne à constater qu'ils furent le point de départ, du moins pour les Etats qui adoptèrent le projet de Convention qui en fut le fruit, d'une réforme dans le service sanitaire, et que cette réforme en appelait une correspondante dans le budget et les tarifs de ce service. Déjà depuis trois ou quatre ans l'insuffisance du tarif turc de 1838 s'était fait sentir à mesure que la santé publique s'améliorant dans toute l'étendue de l'Empire, la nécessité des mesures restrictives et des quarantaines avait diminué et leur exécution était devenue moins fréquente.

Telle est, dit-on, la politique d'un état, telles sont ses finances. Tels sont et l'économie générale et les procédés d'exécution d'un service sanitaire, tel doit être son tarif et le mode de recouvrement de ses recettes. Le tarif de 1838 avait deux défauts qui le rendaient suranné et inapplicable dès 1852. Il était conçu principalement dans la supposition de la quarantaine qui était la règle lorsqu'il fut établi, et il distinguait les navires auxquels la taxe était applicable en plusieurs classes selon leur portée et leur jaugeage. Enfin, il était multiple, c'est-à-dire que les taxes étaient assises sur les divers actes et fonctions d'un navire qui se présente devant un office de santé, droits de patente, droits d'interrogation, de quarantaine, etc.

Ces défauts, au reste, étaient alors ceux de la plupart des administrations dans presque tous les états de l'Europe, notamment des administrations et des tarifs de poste. Mais en 1852, et même auparavant, l'uniformité des taxes avait été reconnue préférable à peu près partout, plus juste même et applicable à toutes les branches du service public. A la même date la Conférence Sanitaire de Paris réduisait à peu de chose la part des quarantaines dans l'économie générale du service de santé comme moyen de préservation contre le choléra. La quarantaine, ainsi devenue rare et de courte durée, devenait en même temps et par la même raison le fait le moins imposable, le moins propre à être assujetti à une taxe quelconque. Ce qui restait comme fait commun à tous les services dans tous pays policés et à toutes les situations de santé possibles d'un navire, c'était l'obligation *de la reconnaissance, de l'arraisonnement* dans tous les ports où ce navire se présente. C'était là par conséquent l'acte sur lequel il convenait d'asseoir la taxe, puisque d'ailleurs les mesures de santé sont, sans contredit, une assurance commune et incessante de tous les pays qui tour à tour les exécutent ou les subissent, contre un péril commun à tous ; assurance dont les frais doivent par conséquent être faits en commun.

Ces considérations, nous le disons en passant pour n'y plus revenir, nous semblent justifier pleinement deux des principales dispositions du projet du nouveau tarif préparé par le Conseil supérieur de Santé de Constantinople, savoir: 1° l'uniformité de la taxe et sa proportionalité rigoureuse au tonnage des navires sans distinction de classes ; 2° son assiette établie sur un fait simple, universel et qui ne peut être l'objet d'aucune exemption, qui est la reconnaissance du navire à son arrivée dans un port.

Quoi qu'il en soit, dès 1856, la Porte reconnaissait que grâce à la révolution qui s'était accomplie dans les services sanitaires, les recettes se trouvaient bien loin de couvrir les dépenses, et elle faisait une tentative pour mettre un terme à cet état de choses par une réforme dont le projet ne fut pas agréé par plusieurs des puissances intéressées auxquelles il fut proposé. Nous n'avons pas à nous occuper ici de ce projet, qui ne nous est pas connu, et nous devons croire qu'il était entaché de quelque grave défaut puisqu'il a été décidément abandonné. Mais il nous est permis de considérer ce qui se serait passé en pareil cas dans chacun des Etats, sans exception, qui sont en relations avec la Turquie et qui sont représentés à la Conférence. La puissance publique aurait déclaré la réforme et rendu le tarif exécutoire par un acte pur et simple de la souveraineté territoriale. Elle eût décrété, par exemple en Italie, un droit sanitaire de 80 centimes par tonneau

sur chaque navire (c'était l'ancien droit dans les ports italiens), ou bien de quarante centimes seulement, c'est la quotité actuelle. De cette façon, au lieu d'un deficit dans ses recettes elle eût obtenu une plus value considérable du revenu sur la dépense, et se serait épargné un découvert de trente à quarante millions de piastres, qui est le chiffre approximatif du déficit du budget des services sanitaires de 1856 jusqu'à ce jour. Véritable avance que la Porte a faite aux nations Européennes qui trafiquent dans ses ports puisqu'elle a couvert seule les frais d'un service d'intérêt commun dont elle ne devait que sa part.

La Turquie, bien entendu, ne demande pas à rentrer dans cette avance. Mais, au moment où la Conférence Sanitaire Internationale conseille solennellement des mesures de préservation inévitablement coûteuses et dont l'exécution sera pour une grande partie confiée au gouvernement Ottoman, elle croit le moment venu de renouveler les instances qu'elle a déjà faites l'année dernière pour obtenir le concours indispensable des puissances intéressées à l'application d'un tarif sanitaire qui soit à peu-près remunérateur, c'est-à-dire compensateur de la dépense. Nous disons *à peu près*, car il est douteux que les dépenses actuelles et les dépenses futures soient réellement couvertes, ou plutôt il est certain que le service laissera un déficit quelconque.

Privée par les capitulations et par le droit public qui régit ses relations avec les puissances chrétiennes, du droit de lever de sa propre autorité une taxe quelconque sur les étrangers, la Turquie s'adresse modestement, mais avec confiance, à l'équité des gouvernements et les prie de ne point abuser de leur position vis-à-vis d'elle. Elle leur présente la note annuelle des frais et des recettes de son service de santé. En chiffres ronds les frais sont de quatre millions cinq cent mille piastres, les recettes d'un million. Entrerons-nous dans la discussion de ces chiffres?

Votre Commission pense, Messieurs, qu'ils doivent être admis sans discussion. Toute tentative qui serait faite pour les débattre nous conduirait aussitôt dans des détails d'administration intérieure qui ne sont pas de notre compétence, non seulement aux termes du droit public ordinaire qui n'est pas toujours applicable à la Turquie, mais encore aux termes des traités les plus récents qui ont réglé les rapports de cet Etat avec les autres Etats de l'Europe. Au reste, ces éclaircissements et ces détails auxquels nous ne jugeons à propos de nous attacher, MM. les Délégués Ottomans ne nous les refusent pas. Il nous les offrent, et nous ne pouvons qu'inviter à s'y reporter les personnes jalouses de s'éclairer mieux. Elles édifieront, je crois, beaucoup la Conférence si elles parviennent à

démontrer qu'un service de santé qui dessert une si prodigieuse étendue de frontières maritimes et continentales pourrait se faire à frais moindres et qu'il y a beaucoup de place soit pour l'économie, soit pour la malversation, dans un budget qui excède à peine un million de francs. Remarquez d'ailleurs, Messieurs, que le Conseil Supérieur de Santé a déjà fait un examen attentif de ces chiffres ainsi que du nombre de six millions de tonneaux auquel est évalué le total annuel de la navigation dans les ports de l'Empire Ottoman. Or, vous connaissez la composition du Conseil de Santé et vous savez quelles garanties d'indépendance et de lumière elle offre aux intérêts que le Conseil est chargé de traiter. L'admission des chiffres dont nous parlons par la Commission d'examen qu'il avait nommée, constitue donc par elle-même une forte présomption en faveur de leur sincérité. Cependant si la note de frais que présente le Gouvernement Ottoman s'offrait avec un caractère d'exagération visible, on concevrait l'opportunité de la contester peut-être. En est-il ainsi? Nullement et il n'est pas besoin d'un long effort pour s'en convaincre. Il suffit pour cela de se référer à cette vérité de sens commun qu'aucune dépense excessive ne peut être couverte par le produit d'une taxe modique. La taxe de 26 paras, ou 14 centimes, par tonneau est-elle modérée ou immodérée dans sa quotité, telle est donc la vraie question, c'est-à-dire, est-elle égale ou supérieure à celles qu'on lève pour le service de santé dans les ports des autres puissances? car en pareille matière la comparaison est la seule mesure possible du juste et du vrai. Comment les puissances qui lèvent un droit sanitaire double par exemple de celui que propose la Turquie pourraient-elles trouver excessif le droit simple?

Eh bien, Messieurs, le droit de 26 paras ou 14 cent. par tonneau de jauge est un peu plus faible que le plus faible de tous les droits qui se lèvent dans aucun des ports de la Méditerranée pour le service de santé. La France perçoit 15 centimes par tonneau dans ses ports; l'Italie en perçoit quarante. Le tarif sanitaire des ports autrichiens de l'Adriatique a été mis sous nos yeux, mais il est ancien, et à ce point compliqué qu'il ne nous a pas été possible d'en tirer un élément de comparaison exact et rigoureux. Il est certain toutefois que dans l'ensemble de ses taxations il est plus onéreux que la taxe uniforme de 14 centimes par tonneau que proposent la Porte et le Conseil de Santé de Constantinople.

Nous ne parlons ici que des ports de la Méditerranée et nous croyons que cela suffit. Mais nous n'excluons pas de notre comparaison les taxes de santé qui se lèvent dans les ports des autres mers, la taxe française notamment, qui

est la même au Hâvre qu'à Marseille. Nous affirmons que là comme partout il n'en est pas de plus modique que la taxe turque.

Mais, a dit l'un des membres de la Conférence, si cette taxe nouvelle est modérée, il n'en est pas de même des autres charges qui grèvent la navigation en Turquie. Ces charges sont extrêmement onéreuses, elles sont accablantes, et si vous y ajoutez encore quelque chose vous arrêterez l'essor de la navigation. — Nous avons cherché, Messieurs, à nous rendre compte de cette assertion qui a bien surpris la plupart de ceux qui l'entendirent, et nous l'avons trouvée peu fondée.

Les droits de firman et d'ancrage dans le port de Constantinople n'excèdent pas ensemble 70 piastres turques, et ces taxes ne se payent pas dans les autres ports. Restent les droits de phare dont le tarif contient trop de détails complexes pour que nous puissions l'analyser ici. Il nous suffit de constater que ces droits ajoutés aux autres taxes déjà énoncées qui pèsent sur la navigation en Turquie, n'offrent qu'un total sensiblement inférieur à celui des autres charges imposées aux navires dans les autres pays.

Si nous jetons ensuite un coup d'œil sur le tableau des droits de navigation de toute sorte qui se payent dans les ports de la plupart des Etats maritimes de l'Europe, nous sommes frappés, à l'encontre de l'assertion qui a été produite, de l'élévation de ces taxes comparées à celles de la Turquie. Nous n'en citerons qu'un exemple au hasard, mais qui nous semble assez probant. L'ensemble des droits que paye un navire qui vient mouiller dans le port d'Amsterdam ne se monte pas à moins de 362 florins de Hollande, soit environ à 760 francs, et le droit est double pour les navires venant de la Méditerranée. Il est vrai que dans cette somme se trouve compris, pour 175 francs environ, le péage des écluses qui est un péage particulier à la Hollande. Mais que l'on veuille bien faire le compte du surplus et le comparer avec la somme des droits que paye un navire en Turquie, puis on nous dira de quel côté est la modération. (Voir pour les renseignements Tecklenborg, *Dictionnaire des armateurs, des compagnies d'assurances et des capitaines.)*

Mais d'autres objections ont été faites qui touchent à la question de la répartition des frais du service sanitaire et nous ne pouvons pas nous dispenser d'examiner les principales. Nous laisserons de côté toutefois celles qui nous feraient pénétrer trop avant dans des questions de détail qu'il convient mieux, à notre avis, de laisser débattre directement et exclusivement entre la Porte et les parties intéressées.

Voici la première de ces objections. Pourquoi, dit-on, imposer à la navigation seule tous les frais du service sanitaire qui ne se fait pas seulement aux frontières maritimes, mais qui comprend aussi la surveillance aux frontières de terre? ne serait-il pas juste de faire contribuer aux frais le commerce qui se fait par terre et d'imposer, par exemple, les marchandises qui circulent de Perse en Turquie par les caravanes?

Votre Commission pense, Messieurs, que cette objection, bien que spécieuse peut-être, ne mérite pas de vous arrêter. C'est surtout en matière d'impôt et de taxes que la poursuite de la justice absolue est périlleuse et mène ordinairement à des résultats bien différents de ceux qu'on se proposait. Ce qui est juste en fait de contributions, c'est ce qui est pratique. Dégreverait-on véritablement la navigation en grevant le commerce par terre qui lui apporte les éléments de fret dont elle a besoin? Cela est douteux. Mais la taxe sur la circulation des marchandises par terre aurait de plus un inconvénient péremptoire, celui d'aller directement contre le but de l'institution du service sanitaire en faisant naître la pensée et la tentative de la contrebande. On éviterait la route fréquentée pour éviter le poste sanitaire et la taxe.

Une autre objection plus sérieuse a été faite contre une disposition du projet de réforme que nous apprécions, contre celle qui assujettit les navires à payer la taxe de 26 paras par tonneau dans chaque port où ils relâchent et où ils font une opération quelconque, même de peu d'importance. Cette clause serait peut-être dure et onéreuse pour les bâtiments qui trafiquant dans les ports de la Turquie, iraient de l'un à l'autre déposant une partie quelconque de leur cargaison, puis rechargeant et ainsi de suite. Nous ne savons si ce genre de navigation et de trafic est fréquent de la part des bâtiments à voiles; mais il ne nous paraît pas devoir être traité défavorablement et il le serait si ces bâtiments étaient assujettis au paiement de la taxe entière à chaque relâche. Votre Commission pense qu'il serait d'une meilleure justice distributive de ne leur imposer qu'un supplément de taxe proportionnel à l'importance de l'opération qu'ils auraient accomplie, ce qui serait possible en constatant sur la patente de santé la quotité de l'opération et celle du droit perçu. Votre Commission recommande cet amendement à l'attention de la Conférence.

Enfin, Messieurs, votre Commission a cherché à se rendre compte des motifs qui ont dicté une autre disposition importante du projet de tarif, celle qui a pour but d'exempter du paiement de la taxe le tonnage des navires à partir du chiffre

de 800 tonneaux. Elle n'a pu trouver même une apparence de justice à cette faveur extraordinaire accordée aux grands bâtiments. Toutefois la Porte et le Conseil de Santé ont eu sans doute leurs raisons propres et particulières pour inscrire cette clause dans le projet : nous n'avons pas à apprécier ces raisons.

Il resterait encore, Messieurs, à examiner la question, plus minutieuse et plus délicate que les précédentes, de la répartition de la taxe entre la navigation à voiles et la navigation à vapeur libre, et spécialement entre l'une et l'autre et la navigation à vapeur que j'appellerai officielle parce qu'elle est chargée d'un service public, du service de la poste. Mais ici, Messieurs, votre Commission juge plus à propos de s'arrêter et de ne pas entrer plus avant dans l'examen des détails de la question de répartition. Elle le fait en premier lieu, pourquoi le dissimulerions-nous? en vue de donner satisfaction aux scrupules de quelques-uns de nos collègues qui ont témoigné une grande répugnance à s'en occuper, et aussi parce qu'elle est persuadée qu'il est plus naturel d'en laisser la discussion aux parties directement et immédiatement intéressées à la répartition. Votre Commission pense que sa résolution et la vôtre perdrait quelque chose de son autorité à embrasser des détails et des calculs qui sont plutôt une affaire de négociation diplomatique à terminer qu'un point de droit à fixer. Elle croit la Conférence compétente pour donner une consultation motivée, elle ne veut pas la faire dégénérer en une commission d'expertise. Nous espérons que la Conférence l'en approuvera.

Un mot seulement pour donner une idée de l'importance des charges qu'imposerait aux Compagnies de navigation le paiement des taxes établies dans le projet. A la suite d'un calcul approximatif sans doute, mais soigneusement établi, il a été prouvé que l'application de la taxe de 4 paras par tonneau à chaque relâche coûterait à la seule compagnie française des Messageries Impériales une somme de cent cinquante mille piastres environ pour une année. Est-ce trop, est-ce trop peu ? Nous n'en voulons rien savoir par les motifs même que nous avons exprimés plus haut. Nous énonçons ce chiffre à titre de simple renseignement.

En conséquence, Messieurs, et par les considérations exposées dans le Rapport jointes à celles que nous nous réservons de présenter encore dans la discussion, s'il y a lieu, votre Commission estime :

1° Que le gouvernement Ottoman a un droit incontestable à lever sur le commerce maritime avec le consentement des Puissances une taxe qui compense les frais de son

service sanitaire portés à la somme très-modérée de quatre millions cinq cent mille piastres ;

2° Que les évaluations qui ont servi de base à la fixation du droit de 26 paras par tonneau proposé dans le projet sont sincères ;

3° Que le droit lui-même de 26 paras par tonneau est le plus modéré qui se paye dans les ports des divers Etats pour le service de santé ;

4° Que la révision du tarif au bout de trois années d'exercice, révision proposée dans le projet du Conseil de Santé, est une garantie de plus contre toute erreur préjudiciable au Commerce ;

5° Que l'administration des revenus du service de Santé par le Conseil Supérieur sous l'approbation et le contrôle du gouvernement, et telle qu'elle est définie dans le rapport de la Commission du Conseil de Santé en date du 18 février 1865, est désirable, utile au service et profitable à l'autorité du Conseil.

Sur les questions qui touchent à la répartition du droit entre les navires et entre les diverses sortes de navigation, la Commission croit devoir se borner aux observations contenues dans le rapport et s'abstenir pour le surplus.

Péra, 8 septembre 1866.

Cher PINTO DE SOVERAL, *président;* Bon TESTA, STENERSEN, Dr BARTOLETTI, Dr SAWAS, Dr SPADARO, A. DE LALLEMAND, *rapporteur.*

N° 37.

SÉANCE DU 15 SEPTEMBRE 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 15 septembre, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa trente-septième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour la Belgique :

M. le comte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria SEGOVIA, consul général, chargé d'affaires;

M. le Docteur MONLAU, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne;

Pour les Etats Pontificaux:

M. le Docteur IGNACE SPADARO ;

Pour la France :

M. le comte de LALLEMAND, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur GOODEVE, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. DICKSON, médecin de l'Ambassade de S. M. Britannique, délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople;

Pour la Grèce :

M KALERGI, secrétaire de la Légation de S M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. MACCAS, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. VERNONI, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie.

M. le professeur FRÉDÉRIC BOSI ;

M. le Docteur G. SALVATORI, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. KEUN, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur MILLINGEN, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

M. le Docteur SAWAS EFENDI, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité à Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

M le conseiller Docteur Bernardino Antonio GOMEZ, premier médecin de S. M. Très-Fidèle ;

Pour la Prusse :

M. le B[n] TESTA, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation de Prusse, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation à Constantinople ;

M le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. EXC. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

La séance est ouverte à midi.

Le procès-verbal de la 36e séance est lu par M. le Dr Naranzi et adopté.

La discussion est ouverte sur les conclusions du rapport relatif au projet de réforme du tarif des droits sanitaires dans les ports Ottomans.

L'adoption de la 1re de ces conclusions ne donne lieu à aucune observation.

Ont voté pour MM. Segovia, Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Kalergi (avec réserves) Dr Sawas, Cher Pinto de Soveral, Dr Gomez, Bon Testa, Dr Mühlig, Stenersen, Dr Bon Hübsch, S. Exc. Salih Effendi et Dr Bartoletti (14 voix.)

8 Abstentions, MM. le Dr Goodeve, Dr Dickson, Dr Maccas, Vernoni, Prof. Bosi, Keun, Dr Millingen, Dr Bykow.

M. le Dr Maccas déclare qu'il n'est ni pour ni contre le projet de réforme, mais n'ayant pas d'instructions pour traiter cette affaire, il ne croit pouvoir prendre part ni à la discussion ni aux votes.

MM. les Délégués de Russie font la même déclaration.

M. Vernoni déclare que ce n'est nullement l'intention des Délégués d'Italie de faire opposition ou de méconnaître le droit incontestable du Gouvernement Ottoman à lever sur le commerce maritime avec le consentement des puissances, une taxe qui compense les frais de son service sanitaire ; mais que le gouvernement royal, considérant que la question de l'examen du tarif sanitaire de l'Empire Ottoman n'est pas comprise dans le programme de la Conférence, et, en aucune façon, de sa compétence, a maintenu pour ce motif les instructions qu'il leur avait déjà données de s'abstenir de prendre part tant à la discussion qu'à la votation sur cette affaire.

M. Kalergi regretterait qu'on pût se méprendre sur la signification de l'attitude des Délégués de Grèce. M. le Dr Maccas ayant déjà fait connaître les motifs de son abstention, M. Kalergi expose qu'il se trouve, quant à lui, dans la même situation, que lorsque la Conférence a été saisie pour la première fois à la séance du 31 mai, de la question du tarif. Il prendra part à la discussion parce que, comme il l'a déjà déclaré, la proposition de MM. les Délégués de France lui paraît mériter d'être prise en considération par cela seul qu'elle émane des représentants du Gouvernement qui a pris l'initiative de la convocation de la Conférence, mais toutefois n'ayant pas reçu d'Athènes l'autorisation de traiter cette affaire, il tient à ce qu'il soit bien entendu que c'est là une opinion toute personnelle qu'il exprime et que sa manière de voir ne saurait en aucune façon engager son gouvernement.

M. Segovia propose de supprimer et de remplacer par un autre le mot *sincère* qui figure dans la seconde conclusion. Il n'est venu à l'esprit de personne qu'on pût mettre en doute l'entière bonne foi des évaluations qui ont servi de base à la fixation du droit de 26 paras ; l'emploi du mot sincère pourrait faire supposer le contraire.

M. le Cte de Lallemand répond que le chiffre de 6,000,000 de tonneaux n'était pas de nature à être prouvé d'une manière authentique puisqu'il résulte de calculs approximatifs faits sur des données d'ailleurs suffisantes. C'est pourquoi la Commission et le rapporteur ont employé le mot *sincère* plutôt que le mot *authentique*.

M. le Dr Bartoletti explique que tous les chiffres cités dans le rapport du Conseil de Santé ont été pris dans les registres de l'administration

sanitaire. On a dressé des tableaux annuels du mouvement de la navigation tant à Constantinople que dans les autres ports de l'Empire, et on a pris la moyenne des trois dernières années. Une Commission spéciale avait été chargée de ce travail.

M. Kalergi ne pense pas que la Conférence doive se prononcer sur la quotité du droit à établir. C'est là une question à débattre entre les divers Gouvernements lorsqu'il s'agira de procéder à la rédaction de l'arrangement international dont les travaux de la Conférence doivent être la base.

M. le Dr Fauvel ayant fait partie de la Commission chargée par le Conseil supérieur de Santé d'étudier la question, croit utile d'entrer dans quelques explications au sujet des évaluations sur lesquelles s'appuie le droit de 26 paras. Pour arriver à couvrir, au moyen de cette taxe, les frais du service estimés à 4,50,000 piastres, chiffre qui n'a rien d'exagéré pour quiconque connait l'organisation du service sanitaire ottoman, on a évalué le jaugeage général de la navigation, non compris les bateaux-poste, à 6,000,000 de tonneaux en moyenne par an. Ce chiffre n'est pas celui qu'on trouve sur les tableaux de l'administration sanitaire d'après lesquels ce jaugeage serait de 7,758,555 tonneaux, mais il fallait tenir compte de ce que ces 7,758,555 tonneaux ne représentent pas une flotte de cette jauge, mais bien la somme des relâches de chaque navire à chaque escale, les droits sanitaires se payant, d'après le système actuel, chaque fois qu'un navire entre dans un port. Le droit de 26 paras inscrit au tarif projeté devant au contraire être payé une fois pour toutes à la première relâche et quel que soit le nombre des escales que le navire fasse ensuite, le Conseil de Santé a compris qu'il y avait là une cause d'inexactitude et pour cette raison il a alors déduit 1,758,555 tonneaux du total ci-dessous indiqué. M. le Dr Fauvel ne doute pas que cette déduction forcément approximative, ne soit trop faible, le tonnage payant devant certainement rester au dessous de 6,000,000 de tonneaux, mais une déduction plus forte aurait nécessité une augmentation du droit de 26 paras et pour une première expérience il fallait se tenir au-dessous plutôt qu'au dessus de la réalité. Après une expérience de 3 années et s'il est démontré que l'Administration continue à se trouver en déficit, on avisera aux moyens d'y remédier. Ainsi, dans l'opinion de M. le Dr Fauvel, la taxe de 26 paras, loin d'être exagérée, serait plutôt au dessous de celle nécessaire pour que les frais du service sanitaire ottoman ne dépassent pas les recettes.

M. le Dr Fauvel dit en terminant que les observations qui précèdent s'appliquent aussi aux paquebots-poste qui ne sont pas compris dans le total de 6,000,000 de tonneaux. On a évalué approximativement leur tonnage payant à 3,500,000 tonneaux, mais comme il a été dit dans le tableau annexé au rapport de la Commission du Conseil de Santé, ce chiffre n'est aussi considérable que par suite du grand nombre de relâches obligées de ces paquebots.

M. le Cte de Lallemand fait remarquer que les observations présentées par M. le Dr Fauvel viennent à l'appui de ce qu'il a dit pour justifier l'emploi du mot *sincère* et l'impossibilité de le remplacer par un autre qualificatif, tel par exemple qu'*authentique* ou *exact*. L'expérience seule peut démontrer si l'évaluation de dépenses ou de recettes, à venir, évaluation toujours plus ou moins aléatoire, est exacte ou authentique.

La seconde conclusion est mise aux voix et adoptée à la majorité de 13 voix contre 1 avec 9 abstentions.

Ont voté pour : MM. Segovia, Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Dr Sawas, Cer Pinto de Soveral, Dr Gomez, Bon Testa, Dr Mühlig, Stenersen, Dr Bon Hübsch, S. Exc. Salih Effendi et Dr Bartoletti.

Contre : M. Kalergi (avec réserves.)

Abstentions : MM. le Dr Sotto, Dr Goodeve, Dr Dickson, Dr Maccas, Vernoni, Keun, Dr Millingen, Dr Pelikan, Dr Bykow.

M. Segovia demande à la Commission si la 3e conclusion ne pourrait pas être rendue moins affirmative. Tout est relatif lorsqu'il s'agit de chiffres ; il faut tenir compte du plus ou moins de cherté du service dont il s'agit de couvrir les frais, et de ce qu'un droit est modéré dans tel ou tel pays, il ne s'en suit pas qu'il ne soit pas exagéré dans tel autre.

M. le Cher Pinto de Soveral et M. le Cte de Lallemand constatent que cette observation dont il ne contestent pas d'ailleurs la justesse, ne fait que démontrer une fois de plus la modération du droit proposé. Sans parler de la cherté de la vie en Turquie, l'étendue des frontières de l'Empire et la nécessité d'entretenir des médecins sanitaires sur celles de terre dans des contrées où peu de médecins consentent à résider, font que ce service est plus coûteux en Turquie que dans beaucoup d'autres pays.

M. le Dr Bartoletti ajoute, à l'appui de ce qui vient d'être dit, que la modicité de la solde allouée aux agents du service sanitaire est telle que la nécessité d'une augmentation devient chaque jour plus évidente. En dehors

des grandes villes où les médecins sont à même de se créer des ressources qui suppléent à l'insuffisance de leur traitement, l'administration sanitaire éprouve les plus grandes difficultés à trouver des médecins qui se contentent des conditions qui leur sont offertes. Pour ce qui est des employés subalternes, ils sont encore plus mal rétribués.

M. Segovia déclare qu'il n'a pas entendu contester la modération du droit proposé par la Commission : il n'insiste pas d'ailleurs sur son observation, il lui suffit qu'il en soit fait mention au procès-verbal.

M. le Dr Fauvel ne blâme pas la Commission d'avoir pensé qu'il valait mieux ne pas traiter la question de la répartition. Toutefois comme cette question est la pierre d'achoppement qui a empêché jusqu'à ce jour l'adoption non seulement du nouveau projet de tarif, mais aussi de celui qui l'a précédé, M. le Dr Fauvel croit nécessaire d'expliquer, bien entendu à titre de renseignements seulement, les bases de la répartition proposée par le Conseil de Santé. A côté des navires à vapeur uniquement affectés au transport des marchandises ou même des passagers, il y a les paquebots qui sont en outre chargés du service de la poste. Les premiers, libres de leurs mouvements, peuvent partir quand bon leur semble et, point très-important, les escales étant toujours coûteuses, ne s'arrêter que là où leur intérêt les appelle : ils se trouvent en un mot, et à la vitesse près, dans les mêmes conditions que les navires à voiles et peuvent être dès lors assujétis aux mêmes droits. Les paquebots-poste, au contraire, sont tenus à des escales obligatoires, forcés de partir à jour et à heures fixes, que leur chargement soit ou non complet et même quels que soient les risques auxquels les expose l'état de la mer. La situation n'étant évidemment pas la même, on a calculé que si les paquebots-poste étaient soumis au même droit que les autres, ils paieraient, toute proportion gardée, six ou huit fois plus que ces derniers. M. le Dr Fauvel le prouve par l'exemple suivant : les paquebots-poste de la ligne de Constantinople à Trébizonde font, tant à l'aller qu'au retour, dix escales; si à chaque escale ils devaient acquitter le droit de 26 paras, ce serait donc 260 paras par tonneau qu'ils devraient débourser. Or, un navire à voiles ou même à vapeur lorsqu'il n'est pas chargé du service postal, qui fait le même trajet, va le plus souvent directement et, selon le projet, ne paierait par conséquent le droit qu'une ou deux fois, en arrivant à Trébizonde et au retour à Constantinople s'il y fait des opérations commerciales, soit 52 paras au lieu de 260.

La nécessité d'un tarif à part destiné non pas à favoriser les paquebots-poste, mais uniquement à rétablir l'égalité entre eux et les autres navires, étant une fois admise, la Commission du Conseil de Santé est arrivée après bien des tâtonnements au droit de 4 paras qui lui a paru, appliqué aux paquebots-poste, être l'équivalent du droit de 26 paras. M. le Dr Fauvel répète que c'est tellement peu un tarif de faveur qu'il a donné lieu à des réclamations de la part de plusieurs des compagnies de navigation qu'il serait censé favoriser et que ce sont précisément ces réclamations qui ont contribué à faire échouer le projet.

M. Stenersen regrette que M. le Dr Fauvel ait soulevé une question que la Commission avait cru et avec raison devoir écarter. Désireux d'épargner le temps de la Conférence et ne voulant pas dès lors entamer une discussion sur ce sujet, M. Stenersen se borne à demander qu'il soit constaté au procès-verbal qu'il est d'un avis diamétralement opposé à celui de M. le Dr Fauvel.

M. le Cher Pinto de Soveral fait remarquer que les observations de M. le Dr Fauvel qui ne faisait pas partie de la Commission, ne doivent être considérées que comme de simples renseignements; c'est d'ailleurs, à ce titre que M. le Dr Fauvel les a lui-même présentées.

La 3me conclusion est mise aux voix et adoptée.—12 voix pour, celles de MM. le Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Dr Sawas, Cher Pinto de Soveral, Dr Gomez, Bon Testa, Dr Mühlig, Stenersen, Dr Bon Hübsch, Sr Exc. Salih Effendi et Dr Bartoletti. — Abstentions, MM. le Dr Sotto, Segovia, Dr Goodeve, Dr Dickson, Kalergi, Dr Maccas, Dr Salvatori, Dr Millingen, Pelikan, Dr Bykow.

L'adoption de la 4me conclusion ne donne lieu à aucune observation.

13 voix pour: celles de MM. Segovia, Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Dr Sawas, Cher Pinto de Soveral, Dr Gomez, Bon Testa, Dr Mühlig, Stenersen, Dr Bon Hübsch, S. Exc. Salih Effendi et Dr Bartoletti;

Abstentions: MM. le Dr Sotto, Dr Goodeve, Dr Dickson, Kalergi, Dr Maccas, Vernoni, Prof. Bosi, Dr Millingen, Dr Pelikan, Dr Bykow.

M. Kalergi est d'avis qu'il faudrait supprimer la 5me conclusion: cette conclusion qui lui paraît d'ailleurs inutile, se rapporte à des détails d'administration qui ne sont pas de la compétence de la Conférenceet dans lesquelles elle n'a pas le droit de s'immiscer. Enfin si on vote sur cette partie du projet de Tarif, pourquoi alors ne pas discuter aussi le projet tout entier?

M. le Dr Sawas et M. Stenersen objectent à M. Kalergi que toutes les conclusions du rapport s'enchaînent et que dès lors elles sont toutes au même titre et au même degré de la compétence de la Conférence.

M. le Dr Fauvel et M. le Cte de Lallemand ajoutent que la 5me conclusion se rapporte aux principes généraux qui sont la base du rapport du Conseil de Santé et que son adoption n'entraîne pas celle du projet de tarif. Il s'agit d'un simple vœu sur la meilleure direction à donner au produit des taxes perçues.

M. le Dr Bartoletti observe que la Conférence peut d'autant moins hésiter à exprimer un pareil vœu que le Gouvernement Impérial consent à laisser au Conseil de Santé l'administration des revenus du service sanitaire.

La 3me conclusion est mise aux voix et adoptée—13 voix pour—celles de MM. Segovia, Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Dr Sawas, Cher Pinto de Soveral, Dr Gomez, Bon Testa, Dr Mühlig, Stenersen, Dr Bon Hübsch, S. Exc. Salih Effendi et Dr Bartoletti. — Abstentions, — MM. le Dr Sotto, Dr Goodeve, Dr Dickson, Kalergi; Dr Maccas, Vernoni, Prof. Bosi, Keun, Dr Millingen, Dr Pelikan et Dr Bykow.

L'ensemble du rapport est ensuite mis aux voix et adopté—14 voix pour,—celles de MM. Segovia, Dr Monlau, Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Dr Sawas, Cher Pinto de Soveral, Dr Gomez, Bon Testa, Dr Mühlig, Stenersen, Dr Bon Hübsch, S. Exc. Salih Effendi et Dr Bartoletti. — Abstentions,—MM. le Dr Sotto, Dr Goodeve, Dr Dickson, Kalergi, Dr Maccas, Vernoni, Prof. Bosi, Keun, Dr Millingen, Dr Pelikan et Dr Bykow.

MM. les Délégués de la Grande Bretagne demandent qu'il soit constaté qu'ils sont restés étrangers aussi bien à la discussion qu'au vote pour tout ce qui a trait au projet de réforme du tarif sanitaire.

S. Exc. Salih Effendi, tant en sa qualité de Président de la Conférence que comme Délégué du Gouvernement Ottoman, remercie les membres de la Commission et spécialement M. le Cte de Lallemand.

M. le Bon Testa, après avoir exprimé son regret de voir les Délégués des Puissances les plus intéressées dans la question de la réforme du tarif sanitaire ottoman s'abstenir de prendre part à la discussion, propose que la Conférence émette le vœu que la Sublime Porte s'appuyant sur les votes de la Conférence, entame sans retard de nouvelles négociations dans le but d'activer la solution de cette importante affaire.

M. le Dr Sotto qui était absent au début de la séance, déclare que son abstention est la conséquence des instructions qu'il a reçues. Comme M. Vetsera l'a déjà fait connaître, le Gouvernement Impérial n'a pas pensé que la Conférence fût compétente en pareille matière.

MM. les Délégués d'Italie ne peuvent que se référer à la déclaration qu'ils ont faite au moment où l'on a ouvert la discussion.

M. le Dr Sawas appuie la proposition de M. le Bon Testa.

Cette proposition est adoptée à la majorité de 15 voix. Ont voté pour MM. le Dr Monlau, Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Kalergi, Dr Maccas, Dr Sawas, Ch^{er} Pinto de Soveral, Dr Gomez, Bon Testa, Dr Mühlig, Stenersen, Dr Bon Hübsch, S. Exc. Salih Effendi, Dr Bartoletti. — 9 Abstentions. MM. le Dr Sotto, Dr Goodeve, Dr Dickson, Vernoni, Bosi, Keun, Dr Millingen, Dr Pelikan et Dr Bykow.

La parole est donnée à M. le Dr Bartoletti, rapporteur de la 2me Commission du 3me groupe (*mesures quarantenaires*) qui donne lecture de la 1re section du chapitre 1er du rapport de cette Commission.

M. le Dr Mühlig croit qu'il y aurait lieu de modifier la conclusion de cette section, conclusion qui ne lui paraît pas répondre suffisamment à ce qui est dit dans le texte. L'expérience a prouvé que les quarantaines telles qu'on les pratiquait autrefois ne suffisaient pas à empêcher l'importation du choléra, que loin de là elles l'ont quelquefois favorisée ; l'épreuve a donc été concluante. M. le Dr Mühlig propose de modifier ainsi qu'il suit la conclusion : « La Commission est d'avis que les enseignements à tirer de l'expérience de cette première époque des quarantaines *ne sont pas favorables au système généralement suivi jusqu'à ce jour.*

M. le Dr Monlau adresse la même critique à la conclusion : s'il est bien démontré par l'expérience qu'une quarantaine insuffisante comme durée ou mal faite est impuissante à arrêter le choléra, il ne l'est pas moins qu'une quarantaine rationnelle et bien appliquée constitue une garantie efficace.

M. le Dr Monlau reproche d'autre part au titre du rapport : *mesures quarantenaires applicables aux provenances cholériques* de ne pas être assez général. L'emploi du mot *provenances* semblerait indiquer qu'il n'y est question que des mesures applicables aux navires.

M. le Dr Sotto s'associe aux observations présentées par M. le Dr Mühlig.

M. le Dr Bartoletti répond que la seconde section du chapitre 1er explique

la conclusion de la première ; si l'application des mesures quarantenaires n'a pas toujours donné de bons résultats, il y a des cas où il n'en a pas été ainsi. On ne peut donc pas dire encore que l'épreuve ait été concluante Pour ce qui est du titre, le mot *provenances* s'applique aussi bien aux arrivages terrestres qu'aux arrivages maritimes.

M. le Dr Sawas ne s'oppose pas, quant à lui, à ce qu'il soit tenu compte des observations de M. le Dr Mühlig. Ces observations n'ayant rien de contraire à l'esprit du rapport et M. le Dr Mühlig admettant le texte de la section en discussion, la dissidence ne porte en somme que sur une question de forme.

M. le Dr Maccas fait observer que dans les sciences expérimentales une expérience ne mène pas toujours à une conclusion négative ou affirmative ; très-souvent il faut répéter l'expérience soit qu'elle ait été défectueuse, soit qu'on ait besoin de multiplier les expériences pour s'assurer du résultat observé. C'est, selon M. le Dr Maccas, ce qui est arrivé pour les quarantaines telles qu'on les appliquait à la première époque du choléra en Europe ; les résultats n'en étaient ni toujours, ni partout défavorables et de plus l'application en était toujours plus ou moins défectueuse. M. le Délégué de Grèce cite l'exemple de son pays où les quarantaines ont dès le début bien réussi, mais il se demande si on peut affirmer avec certitude que cet heureux résultat n'ait été dû qu'à elles seules, ce qu'on est cependant en droit de croire aujourd'hui que l'expérience s'est répétée plusieurs fois. La Commission ne pouvait entreprendre la description détaillée de tous les systèmes quarantenaires essayés jusqu'à ce jour dans les divers pays, travail qui aurait exigé un volume tout entier, elle devait plutôt chercher à tirer du passé des enseignements utiles soit pour, soit contre le système. Elle a cru s'approcher aussi près que possible de la vérité en déclarant que les premières expériences ne sont pas concluantes et la Conférence ne peut manquer d'être de cet avis.

M. le Cte de Lallemand demande si on ne concilierait pas toutes les opinions en complétant la conclusion de la manière suivante : « n'ont pas « une valeur concluante *ni pour, ni contre le principe des quarantaines.* »

M. le Dr Sawas fait remarqur que ce que M. le Dr Mühlig désirerait voir introduire dans la conclusion se trouve dans le texte.

M. le Dr Millingen constate, comme on l'a fait précédemment, que tout le monde est d'accord sur le fond et qu'il ne s'agit dès lors que d'une

question de forme. La phrase qui se trouve à la fin du 1er alinéa de la page 3 : « quel enseignement pourrait il en sortir si ce n'est l'inefficacité de pareils moyens à prévenir l'envahissement du choléra d'un pays malade à un pays sain, » est la meilleure réponse qu'on puisse faire à la question qu'il s'agissait de résoudre.

M. le président met successivement aux voix le texte de la 1re partie de la 1re section du rapport, l'amendement proposé par M. le Dr Mühlig et enfin la conclusion telle quelle de la Commission.

Le texte est adopté à l'unanimité.

L'amendement de M. le Dr Mühlig qui n'obtient que 5 voix contre 18 est rejeté. Ont voté pour : MM. le Dr Sotto, Dr Monlau, Keun, Bon Testa et Dr Mühlig ; contre - MM. Vetsera, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Dr Goodeve, Dr Dickson, Kalergi, Dr Maccas, Prof. Bosi, Salvatori, Dr Millingen, Dr Sawas, Dr Gomez, Dr Pelikan, Dr Bykow, Stenersen, Dr Bon Hübsch, Dr Bartoletti et Dr Salem Bey.

La conclusion telle quelle est adoptée à la majorité de 18 voix, contre 2 avec 3 abstentions.— Contre MM. le Bon Testa et Dr Mühlig. — Abstentions MM. le Dr Sotto, Dr Monlau et Keun.

Il est donné lecture de la 2me section du chapitre 1er, texte et conclusion.

M. le Dr Mühlig reproche à cette conclusion d'être, à l'encontre de la précédente, trop absolue. Sans nier le principe, il trouve que le rapport ne cite pas un assez grand nombre de faits pour que la Commission soit en droit d'affirmer qu'il est « incontestable que des quarantaines établies sur des bases rationnelles et conformes aux progrès de la science puissent servir de barrière efficace contre l'envahissement du choléra? il faudrait supprimer le mot *incontestable*.

M. le Dr Sawas demande au contraire le maintien du mot *incontestable*. Le principe exposé dans la conclusion est la base de l'œuvre de la Conférence. Tout ce qui aurait pour effet de rendre moins absolue l'affirmation de ce principe doit donc être repoussé. Il serait d'ailleurs facile d'ajouter de nombreux faits à ceux qu'on trouve dans le rapport.

M. le Dr Goodeve préfèrerait comme M. le Dr Mühlig que la conclusion fût rendue moins affirmative. Il est évident que des quarantaines établies sur des bases rationnelles et conformes aux indications de la science sont en théorie une garantie efficace, mais peut-on affirmer qu'il en soit de même des quarantaines telles qu'on peut les pratiquer dans la réalité ?

Le rapport citant l'exemple de ce qui s'est passé à New-York comme une preuve éclatante de trois importations avortées grâce à des mesures intelligentes de séquestration, M. le Dr Goodeve rappelle que le choléra a cependant fini par pénétrer aux Etats-Unis. Il se peut, il est vrai, que ce soit par une autre voie que New-York, mais enfin ce fait n'en perd pas moins, jusqu'à preuve du contraire, une partie de sa valeur et ce serait pour la Conférence une raison de plus de se montrer un peu moins catégorique.

M. le Dr Mühlig appuie ces observations. Il faut tenir compte de la grande différence qui existe entre la séquestration dans la théorie et dans la pratique.

M. le Dr Bartoletti fait remarquer que les faits à citer à l'appui de la conclusion ne manquent pas, on en trouve dans la suite du rapport et surtout dans l'aperçu historique. En ce qui concerne l'importation du choléra aux Etats-Unis, le fait postérieur n'affaiblit pas, selon M. le Dr Bartoletti, la valeur des faits antérieurs cités dans le rapport.

M. le Dr Fauvel qui se prononce pour le maintien du mot *incontestable*, fait remarquer que ce mot ne porte pas, comme MM. les Drs Muhlig et Goodeve semblent le croire, sur l'efficacité nécessaire des quarantaines, mais sur le mot *peuvent*. Tout le monde admettant certainement que des quarantaines bien faites peuvent constituer une garantie efficace, la conclusion n'a, comme on le voit, rien d'absolu, elle se borne à affirmer *la possibilité*, possibilité que personne ne nie.

M. le Prof. Bosi croit que les études de la Conférence ont surabondamment prouvé l'efficacité des mesures quarantenaires lorsqu'elles sont bien appliquées. Dans son opinion, s'il y avait un reproche à adresser à la conclusion, ce serait de n'admettre que la possibilité de cette efficacité, en un mot de ne pas être assez affirmative.

M. le Dr Muhlig n'insistant pas sur son observation, la 2me section du chapitre Ier est mise aux voix telle quelle (texte et conclusion) et adoptée à l'unanimité.

La séance est levée à 4 h. 1/2.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Bon de Collongue ; — Dr Naranzi.

(ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL N°37)

RAPPORT

SUR LES MESURES QUARANTENAIRES

APPLICABLES AUX PROVENANCES CHOLÉRIQUES

Présenté par une Commission composée de S. EXC. SALIH EFFENDI président, MM. STENERSEN vice-président, le comte de NOIDANS, de SOVERAL, *diplomates*, et de MM. les Drs BARTOLETTI, DICKSON, Bon HUBSCH secrétaire, MACCAS, PELIKAN, SALVATORI et SAWAS, *médecins*,

Dr BARTOLETTI, *rapporteur*.

Messieurs,

Nous touchons à l'une des parties pratiques de notre tâche, à l'étude du régime de prophylaxie contre l'invasion du choléra asiatique. Dans le développement du travail que la Commission a l'honneur de vous présenter et qui comprend l'ensemble des mesures de quarantaine applicables aux provenances cholériques, elle s'est attachée à suivre, d'aussi près que possible, l'esprit et la lettre des principes adoptés par la Conférence sur la transmissibilité du choléra et son mode de propagation. En prenant pour guide les conclusions du *Rapport Général* et pour point de départ les questions du Programme, sauf quelques additions jugées nécessaires, la Commission croit s'être conformée aux vues de la Conférence.

Abstraction faite de la divergence d'opinion qui s'est produite sur quelques point débattus et que nous aurons soin de signaler dans le cours du Rapport, la plupart des conclusions ont été adoptées d'un commun accord par la Commission.

Parmi les questions qui nous sont échues en partage et qu'il est de notre devoir d'analyser et de résoudre, il y en a qui sont traitées par les Commissions des autres groupes. Nous ne croyons pas devoir nous y appesantir. Nous nous contenterons seulement de les effleurer autant qu'il nous paraîtra nécessaire pour compléter l'ordre des mesures en général, le but à atteindre étant, selon nous, d'élucider le sujet sans encombrer de matériaux les discussions de la Conférence.

Ceci posé, nous divisons notre travail en cinq parties ou chapitres dans lesquels nous traitons successivement les questions des mesures restrictives en général, des cordons sanitaires et de l'isolement, des établissements quarantenaires ou lazarets, du régime applicable aux provenances cholériques et de la désinfection, et enfin de la Patente sanitaire et de l'arraisonnement.

CHAPITRE Ier

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA QUESTION DES MESURES RESTRICTIVES.

—

I.

Quels sont les enseignements de l'expérience relativement aux systèmes quarantenaires jusqu'ici en vigueur contre le choléra ? — Pourrait-on espérer plus de succès de quarantaines établies sur d'autres bases ? — Quels sont les principes fondamentaux découlant de l'expérience qui doivent servir de guide dans cette question ?

Il fut un temps, qui n'est pas bien éloigné de nos jours, où les opinions, sur la transmission du choléra, étaient diversement partagées dans la science. Des hommes spéciaux d'un grand mérite, des corps académiques et, à leur suite, des gouvernements éclairés s'attachaient à l'idée que le choléra se transmet par l'air à de grandes distances et sans le concours d'hommes malades ou d'objets contaminés. C'était l'opinion la plus répandue, la plus accréditée. D'un autre côté, une grande fraction d'hommes savants, professant une doctrine opposée, celle de la

transmission du choléra par l'homme, cherchaient en vain à la faire prévaloir, parce que, imbus la plupart de principes d'un contagionisme absolu, ils faisaient tous leurs efforts pour ressusciter d'anciennes pratiques tombées en désuétude et que l'on appliquait autrefois contre la peste. L'un et l'autre de ces deux systèmes pêchaient évidemment par certaines côtés L'expérience n'ayant pas encore suffisamment prononcé et les deux camps se faisant des concessions mutuelles pour satisfaire aux exigences de l'époque, il en sortit une transaction, consacrée en quelque sorte par l'acte de la Conférence de 1852, qui n'était en réalité ni une quarantaine bien sérieuse, ni la libre pratique pure et simple. Aucune lumière ne devait jaillir d'un pareil système sur une question si obscure et si difficile à résoudre. En effet que pouvait-on attendre d'une quarantaine de trois à cinq jours, y compris le plus souvent la traversée des navires, sans tenir compte ni de la durée de l'incubation, ni de la diarrhée prémonitoire, ni des effets contaminés et des linges souillés par les déjections, conditions toutes qui déterminent aujourd'hui les lois de la transmission du choléra? Il en est de même de la plupart des lazarets ; ces établissements, sis sur des terrains mal choisis, accolés aux villes, construits à la manière de casernes ou de prisons, souvent encombrés, à l'air confiné et malsain, étaient, en général, plus aptes à communiquer le choléra aux populations voisines qu'à les préserver de ses atteintes. Nous pouvons citer, comme exemple, les lazarets de Beyrouth, des Dardanelles, d'Ancône et bien d'autres. Quel enseignement pouvait-il en sortir si ce n'est l'inefficacité de pareils moyens à prévenir l'envahissement du choléra d'un pays malade à un pays sain?

Il est vrai que dès la première apparition du choléra, en 1830, des quarantaines sévères ont été établies, des cordons sanitaires organisés sur une vaste échelle, en Russie, en Prusse et ailleurs dans l'Europe centrale, pour conjurer l'épidémie ; mais ces mesures entreprises au milieu de populations serrées et avec des connaissances inexactes de la maladie à laquelle on avait affaire, n'ont abouti qu'à des mécomptes, à des résultats négatifs. Il est même probable que les cordons ont contribué à disséminer le mal contre lequel ils étaient destinés à agir. La Suède a fait, de 1847 à 1850, un essai encore plus soutenu que les autres états du nord de l'Europe en vue de se préserver ; mais cette fois encore le choléra a franchi ces barrières élevées au prix de très-grands sacrifices.

De tels systèmes, impuissants à arrêter le choléra dans sa marche envahissante, ont discrédité les quarantaines aux yeux d'un grand nombre de peuples civilisés et ont fait croire pendant longtemps à la diffusion du choléra par l'air et à l'inutilité des mesures restrictives. Nous en appelons, à propos de ces quarantaines, à

l'opinion d'un auteur renommé en matière de choléra : « Il est injuste, dit Griesinger, de tirer une conclusion de l'expérience de ces premiers essais, car souvent la séquestration et l'isolement n'étaient appliqués, en ce temps, que quand la maladie avait été introduite dans le pays ou lorsque déjà les prodromse et la diarrhée s'y étaient manifestés. » Ne pourrait-on pas ajouter à ces paroles du savant allemand que les hommes formant les cordons ont été les premiers atteints et, comme cela s'est vu maintes fois depuis, ont servi de véhicule au mal qu'ils ont propagé plus loin ? N'est-ce pas ainsi que, dans un fait récent, les militaires préposés à la garde extérieure du lazaret des Dardanelles ont communiqué le choléra à la population de la ville ?

La Commission est, par conséquent, d'avis *que les enseignements à tirer de l'expérience de cette première époque des quarantaines n'ont pas une valeur concluante.*

Parmi les essais qui ont été faits, il en est cependant dont le succès a été réel. Avant d'en venir à l'épidémie de 1865 qui offre de nombreux exemples de préservation par les quarantaines, nous citerons le fait de Mecklenbourg, en 1859, qui fait dire à Niemayer, que la conviction générale formée du temps des premières épidémies de choléra sur l'insuffisance des quarantaines à préserver un pays, est une opinion tout à fait *erronée*. Mais c'est surtout la Grèce qui a tiré parti d'un régime de quarantaine très-sévère. Par une séquestration complète des provenances cholériques sur des îles inhabitées, ce pays a échappé à toutes les épidémies qui ont successivement ravagé l'Europe depuis 1831. Une seule fois la Grèce, dont la configuration particulière lui permet de s'isoler complètement, a été envahie par le fléau, et elle le doit à des circonstances exceptionnelles qui l'ont empêchée de s'imposer son régime accoutumé de rigueur. C'est en 1854, lors de l'occupation du Pirée par des forces étrangères.

Mais c'est dans l'épidémie de 1865 que nous trouvons des preuves aussi nombreuses que concluantes de l'action efficace des quarantaines. En Grèce, douze fois le choléra est importé, dans l'espace de deux mois, aux lazarets de Délos et de Skiathos et il y est étouffé. La Crète obtient le même succès deux fois, en un mois, par une séquestration sévère sur deux îlots. Volo s'en est préservé, moyennant une quarantaine établie sur une île déserte où le choléra importé deux fois, a sévi parmi les quarantenaires. New-York donne la preuve éclatante de trois importations avortées, grâces à des mesures intelligentes de séquestration. Nous pourrions multiplier les exemples, mais nous nous arrêtons, car on les trouve en grand nombre dans l'aperçu historique de l'épidémie présenté à la Conférence.

La Commission conclut, d'après ces faits, *qu'il est incontestable que des quarantaines établies sur des bases rationnelles et conformes aux progrès de la science peuvent servir de barrière efficace contre l'envahissement du choléra.*

Mais quelles sont les bases sur lesquelles devrait reposer l'édifice d'un nouveau système de prophylaxie? C'est dans l'expérience des diverses épidémies et plus particulièrement dans celle de 1865 que nous devons en chercher les points d'appui ainsi que dans les conclusions adoptées par la Conférence sur la question de la transmissibilité. Le choléra, a dit la Conférence, se transmet par l'homme malade, par les déjections des cholériques, par les effets contaminés, par les linges souillés ; son principal véhicule est l'air ambiant. La durée de l'incubation, a-t-elle dit encore, ne dépasse guère quelques jours, 7 au plus, et la diarrhée cholérique est d'une très-courte durée. Nous nous serions contentés d'indiquer seulement ici ces principes qui constituent la pierre angulaire du système que nous allons proposer dans des chapitres séparés, mais nous croyons utile de les opposer au préalable à certaines objections qui ont été soulevées non pas par les adversaires de la transmissibilité, mais par ses défenseurs les plus judicieux.

En effet, la transmissibilité du choléra n'est plus contestée aujourd'hui que par une faible minorité, dont nous n'avons pas à nous occuper ici. Mais il n'en est pas de même de l'action efficace des mesures restrictives pour en arrêter la propagation. A ce point de vue, nous nous trouvons en face d'adversaires d'une grande autorité avec lesquels il nous faut compter. La Commission Bavaroise s'exprime ainsi dans une des conclusions de son rapport sur le choléra de 1854: « Les mesures qui ont pour but de prévenir l'importation du choléra dans un pays qui en est encore indemne, ou d'en arrêter l'extension dans une localité atteinte, au moyen de l'interruption des communications et de la séquestration, sont inefficaces, inexécutables, nuisibles. » Griesinger dit, à son tour, que « les cordons militaires pour isoler tout un pays sont illusoires ; que la diarrhée cholérique, par laquelle s'opère en général l'importation, ne peut pas être prévenue par des mesures restrictives ; que la durée de l'incubation est quelquefois longue ; que probablement l'Europe ne se mettra jamais d'accord pour prendre des mesures égales partout ; qu'enfin, les grands intérêts du commerce amèneront toujours les populations à éluder les restrictions qu'on leur imposerait, et que par suite les quarantaines, même des ports de mer, sont d'une utilité fort médiocre. »

Ce sont là, comme on le voit, deux ordres d'objections de nature très différente: les unes sont directes et touchent à l'essence même de la question, car elles

s'appuient sur la longueur de l'incubation et sur la diarrhée cholérique ; les autres, indirectes et secondaires, se rapportent à l'inefficacité des cordons, au désaccord des gouvernements, aux intérêts du commerce. Sans trop nous y arrêter, nous en appelons, quant au premier point, au principe de la courte durée de l'incubation, et à l'exclusion de ces faits exceptionnellement rares d'une incubation prolongée, faits complexes et par conséquent d'une valeur très-contestable. *(Chap. XIII du Rap. Général).* Nous trouvons, en effet, plus sage de nous attacher aux résultats d'une observation constante et générale que de nous appuyer sur quelques faits rares et incertains. Nous pouvons en dire autant de la diarrhée cholérique qui, selon l'opinion de la Conférence, est aussi d'une courte durée et ne dépasse pas quelques jours. Négligée autrefois au point de vue des mesures restrictives, la diarrhée cholérique dite prémonitoire sera, dans le nouvel ordre des choses, aussi attentivement surveillée, et, au besoin, soumise au même régime que la maladie elle-même dont elle n'est, en fait, que la première manifestation.

Sans en dire davantage, car nous devons revenir sur ces questions, passons aux objections de second ordre. Nous avons déjà émis notre opinion sur l'inefficacité des cordons militaires tels qu'on les pratiquait autrefois. Nous convenons qu'aujourd'hui encore ces cordons ne sauraient offrir des garanties sérieuses s'ils étaient appliqués sur une grande étendue, dans des contrées de l'Europe centrale où les populations sont si serrées, les communications si multiples et si variées ; mais nous croyons que dans des conditions opposées, en Orient, par exemple, et vers les frontières asiatiques de l'Europe, les cordons sont non seulement possibles mais nécessaires, comme nous le verrons tout à l'heure.

Une autre objection en vérité plus apparente que fondée, est celle des entraves apportées au commerce par les quarantaines. Sans doute, les quarantaines ne sont pas faites pour accélérer les transactions, et le commerce a quelque chose à y perdre. Mais la question n'est pas là. Elle est tout entière dans les termes de l'article 20 du programme : *Si l'on pèse d'un côté les inconvénients qui résultent pour le commerce et pour les relations internationales des mesures restrictives, et, de l'autre, la perturbation qui frappe l'industrie et les transactions commerciales à la suite d'une invasion du choléra, de quel côté croit-on que pencherait la balance?* Cette question importante étant traitée par une autre commission, nous n'entreprendrons pas d'en répéter les arguments ; mais nous ferons observer d'une manière générale que la balance est toute en faveur des quarantaines, et en voici sommairement les raisons principales :

Les pertes que ferait supporter aux intérêts matériels des peuples le régime restrictif des quarantaines ont été singulièrement exagérées. On a dit que le commerce serait complètement ruiné, que l'industrie serait anéantie, le travail suspendu au préjudice des masses et que des maux beaucoup plus graves que ceux résultant d'une épidémie de choléra, pèseraient sur les populations. Toutes ces assertions sont vagues et ne reposent sur aucun fondement. Au contraire, les données recueillies par la commission du troisième groupe prouvent que la balance est toute en faveur du système des quarantaines.

Nous convenons que si les quarantaines devaient être faites d'après les errements du passé, si, sans tenir compte des enseignements de l'expérience, on allait refaire ces cordons permanents et ces lazarets du moyen-âge qui séparaient systématiquement l'Orient de l'Occident, nous convenons, disons-nous, que les quarantaines appliquées de la sorte à tous les pays porteraient une grave atteinte aux intérêts du monde entier. Il est même probable que les adversaires les plus sensés des quarantaines ne le sont, en effet, que par la crainte d'un pareil retour en arrière. Mais nullement ! Le régime que nous proposons est basé sur des données déterminées par la science et qui excluent cette routine aveugle et à jamais condamnée.

Les bases de ce régime découlent du programme. On peut en diviser l'ensemble en deux séries de mesures : premièrement, trouver les moyens de prévenir l'importation du choléra du côté de l'Inde ; l'isoler dans le Hedjaz lorsqu'il s'y développe à la suite du pèlerinage ; prendre des mesures spéciales lorsqu'il apparaît en Egypte ; interdire l'émigration des lieux contaminés ; interrompre les communications entre un lieu infecté et les pays environnants ; en un mot, faire en sorte que les mesures restrictives soient appliquées aussi près que possible des foyers primitifs et initiaux de l'épidémie. Secondement, établir des lazarets dans un isolement complet ; déterminer la durée de la quarantaine d'après la durée de l'incubation de la maladie et sans perdre de vue la diarrhée prémonitoire ; soumettre les navires, les hardes et les linges à la désinfection par le lavage, l'aération et les procédés chimiques réputés les plus efficaces ; sauf dans des cas exceptionnels, livrer la marchandise au commerce sans purification ; tenir compte aux navires de la durée de la traversée moyennant une série de mesures applicables au départ et pendant le voyage, afin d'abréger, dans une limite compatible avec la sécurité publique, l'épreuve de la quarantaine à l'arrivée. En d'autres termes, les bases du nouveau système de prophylaxie consisteraient, suivant la Commission: *1° à combattre les germes de la maladie dans ses foyers primitifs, avant qu'ils ne se dissémi-*

nent et ne se propagent au dehors ; 2° à établir des quarantaines en accord avec les principes aujourd'hui admis sur la transmissibilité du choléra et son mode de propagation.

Il est évident, d'après cet exposé, que les charges du commerce et les pertes que l'industrie supporterait par le fait, des mesures restrictives sont infiniment moindres si on les compare aux effets ruineux de l'émigration, du chômage et de la stagnation absolue des affaires, qui sont inséparables d'une grande épidémie, ainsi que Alexandrie, Marseille et Constantinople nous en ont donné en 1865 l'affligeant spectacle. Nous n'irons pas plus loin dans ces généralités. Nous constatons seulement que telle est de nos jours l'opinion presque unanime des peuples et des gouvernements, dont l'accord sur la nécessité des mesures restrictives nous paraît une réponse décisive à la dernière objection de M. Griesinger.

CHAPITRE II.

DES CORDONS SANITAIRES, DE L'ISOLEMENT, DE L'INTERRUPTION ET DE LA RESTRICTION DES COMMUNICATIONS.

Les cordons sanitaires, l'isolement des foyers, l'interruption et la restriction des communications, sont autant de mesures différentes, à certains égards, mais qui, selon les cas, se résument presque en une seule, par la raison qu'elles concourent ensemble à former ce qu'on appelle la séquestration d'une localité ou d'un pays. Nous allons les examiner dans le même chapitre, tout en faisant la différence qui leur est propre à chacune en particulier.

II.

Cordons Sanitaires. — Quel est le degré d'utilité de ces cordons? Dans quelles conditions sont-ils applicables et comment les appliquer?

Les cordons, formés d'une ligne de troupes ou de détachements postés de distance à distance, ont pour but d'isoler un pays et d'intercepter ses communications afin d'empêcher une épidémie de se propager. L'expérience a prouvé que l'utilité des cordons dépend de l'extension qu'on leur donne et de la manière dont ils sont appliqués. L'essai qu'on en a fait en 1831 a échoué, comme nous l'avons

dit, parce qu'ils avaient été appliqués sur une grande échelle, dans des contrées populeuses et avec des notions inexactes sur le mode de transmission du choléra. Trop rapprochés des foyers pour ne pas être exposés à la contamination cholérique, les militaires qui les composaient en étaient atteints et devenaient un moyen de dissémination. On a prétendu même qu'en Prusse les cordons n'avaient été établis que quand déjà la maladie avait pénétré dans le pays ; et de plus, il est certain que, à cette époque, toute l'attention était exclusivement dirigée sur la maladie confirmée, sans aucun égard pour la diarrhée cholérique comme agent propagateur. Or il est évident que, dans de pareilles conditions, les cordons devaient être plus dangereux qu'utiles.

Il en serait tout autrement si les cordons étaient institués dans des conditions opposées : si le pays sur lequel on doit opérer a une population clair-semée ; si le terrain par sa configuration et ses accidents se prête à une surveillance facile ; si les hommes formant le cordon, placés à une distance convenable du foyer, sont eux-mêmes à l'abri de la contamination ; si l'autorité sanitaire attache à la diarrhée prémonitoire l'importance qu'elle a au point de vue de la transmissibilité de la maladie ; en un mot, si toutes les règles de l'isolement sont scrupuleusement observées pour faire le vide autour du foyer cholérique.

Les faits ne manquent pas dans les annales du choléra (1830 — 31) qui prouvent l'efficacité des cordons appliqués dans des proportions restreintes, tant pour cerner des localités atteintes que pour en préserver d'autres qui ne l'étaient pas encore. C'est principalement en Russie que nous en trouvons des exemples. Des forts et des villages situés dans les gouvernements d'Orenbourg et d'Astrakhan se sont préservés par des cordons employés en temps opportun et observés rigoureusement. C'est ainsi que les domaines de MM. Smirnow, Béketow et Dolgorouky ont échappé à l'épidémie qui sévissait aux environs. Il en a été de même de la ville de Sarepta sise à 26 kilomètres de Tsaritsin où régnait le choléra *(Observ. du Dr Salomon publiées par le Conseil Médical de St Pétersbourg)*. De la même manière ont été préservés, en 1831, Peterhof, Tsarskoe-Selo, Pawlowsk et l'île d'Elaguine, lieux de plaisance situés dans le rayon de St Pétersbourg, où l'épidémie faisait des ravages. Il est même à remarquer que l'île d'Elaguine en fut atteinte après l'abolition des cordons. *(Lichtenstadt. Du choléra en Russie, 1830—31.)* Le gouverneur militaire d'Orenbourg a rapporté le fait suivant à l'appui de l'efficacité des cordons. Une épidémie violente régnait en 1829 dans le village tatare de Karamala (41 malades, 20 morts, dans l'espace de 10 jours et sur une population de 145 habitants). Un village voisin sis à 85 mètres du premier et habité par

des paysans russes, s'en est préservé au moyen d'une séquestration rigoureuse dès l'apparition de l'épidémie à Karamala. Il résulte d'une statistique présentée au Ministre de l'intérieur en Russie par le D[r] Rosenberger, que de 1847 à 1849 le nombre des décès cholériques, dans l'Empire Russe, a surpassé le chiffre de 1,000,000, et le nombre des villes atteintes fut de 471. Or à cette époque les communications étaient libres entre les localités saines et les localités infectées. Par contre, dans les premières invasions, de 1829 à 35, lorsque la marche du choléra a été entravée par des cordons sanitaires, le nombre des décès n'a été que de 290,000, et celui des villes atteintes de 336. Cette différence, à violence égale de l'épidémie, ne semble-t-elle pas devoir s'expliquer par l'action des mesures restrictives et des cordons? *(Extrait d'une communication officielle de M. Pelikan).*

Dernièrement (1866) la petite ville de Tibériade, en Palestine, fut éprouvée par l'épidémie. Sur 3,000 habitants, elle en perdit plus de cent. Située dans des conditions faciles de séquestration, elle a été cernée par un cordon, et le choléra s'y est épuisé sans se propager dans aucune autre localité de la Syrie.

Presque à la même époque le choléra sévissait à Nedjeff et à Kerbellah. L'un des huit fortins existant sur la lisière du désert arabique, pour contenir les incursions des Bédouins, est infecté. Il est séquestré et gardé. Le choléra s'éteint sans entamer les autres fortins situés à une heure de marche l'un de l'autre. *(Archives de l'Intendance Sanitaire Ottomane).*

D'après ces faits, la Commission est amenée à conclure, que *les cordons sanitaires, employés au milieu de populations nombreuses et serrées, sont d'un effet incertain et souvent sont dangereux; que par contre, employés dans des localités limitées ou des contrées dont la population est clair-semée, comme dans certains pays asiatiques, les cordons sont appelés à rendre de grands services contre la propagation de la maladie.*

III.

De l'isolement des foyers du choléra. — Quels sont les enseignements de l'expérience à ce sujet?

Si l'on prend la question de l'isolement à son point de vue général, elle est intimement liée à celle des cordons, car du moment que les cordons sont utiles et qu'il y a possibilité de les établir, on est sûr d'arriver à isoler avec profit un foyer

cholérique, et nous venons de voir à quelles conditions les cordons peuvent être établis avec chance de succès. L'isolement d'un foyer est donc praticable et utile dans certains cas, difficile dans d'autres. En Orient, par exemple, où les villages sont relativement rares, où les relations entre une ville et une autre ne sont pas aussi fréquentes que dans l'Europe centrale et où les propulations ont des habitudes sédentaires, l'isolement est d'une application plus facile que dans les pays où la rapidité et la multiplicité des communications, l'activité commerciale et l'échange des intérêts tiennent en mouvement constant des flots de populations. Les contraventions seraient inévitables, dans ce cas, et le but serait manqué. Néanmoins *nous sommes d'avis que l'isolement partout où il peut être appliqué aux premiers cas qui marquent le début d'une épidémie, est une mesure de prudence qu'aucun pays ne devrait négliger de prendre pour son salut.*

Si d'un autre côté nous considérons l'isolement dans ses rapports avec les foyers initiaux du choléra, nous n'hésitons pas à répondre avec les paroles du programme, que *plus les mesures restrictives seront appliquées près de ces foyers plus on pourra compter sur leur efficacité.* En effet, la transmissibilité du choléra étant admise ainsi que l'efficacité des quarantaines et de la désinfection pour en étouffer les germes, il s'ensuit que la séquestration a infiniment plus de chance de réussite en opérant sur un centre qu'à la circonférence et lorsque l'épidémie s'est propagée dans toutes les directions. Admettons, par exemple, que des mesures de séquestration complète eussent été prises à Suez lorsque, en 1865, les pèlerins y ont apporté le choléra du Hedjaz, croit-on que l'épidémie se serait déclarée d'emblée à Alexandrie pour de là envahir dans l'espace d'un mois tout le bassin de la Méditerranée? Et peut-on admettre que les quarantaines réussissent mieux à circonscrire dix foyers secondaires qu'à séquestrer efficacement un seul foyer primitif? Le fait est si patent qu'il nous semble oiseux d'insister davantage, et nous concluons : *1° que l'isolement d'une localité atteinte de choléra est d'autant plus praticable et plus utile que la population du pays est plus clair-semée et que la séquestration a lieu plus près du début d'une épidémie ; 2° que l'isolement des foyers initiaux est la mesure capitale de prophylaxie contre les envahissements du choléra.*

IV.

Interruption temporaire des communications avec un lieux infecté.—Dans quels cas cette mesure est-elle applicable?

Interrompre les communications d'une localité pendant que le choléra y règne, c'est compléter la mesure de l'isolement et la rendre plus efficace. Il arriverait, dans ce cas, ce que nous voyons s'opérer dans le désert par rapport aux caravanes, l'épidémie s'épuiserait sur place sans se propager au delà. Mais ce moyen héroïque n'est pas applicable toujours et partout. Il est même rare qu'on puisse l'employer, et nous ne le croyons possible que s'il s'agissait d'étouffer le choléra dans un foyer circonscrit et primitif, comme serait une maison, un établissement public, un village et même une ville ou un canton. Cette mesure serait aussi applicable à un port de mer d'un commerce restreint et n'ayant que des relations maritimes limitées aux pays environnants. Mais ainsi que nous l'avons dit pour les cordons et l'isolement, une fois que le choléra aurait pris de l'extension et se serait disséminé sur une grande surface dans des contrées à population condensée ou dans un grand port de commerce, ce moyen restrictif devient impraticable et illusoire.

Les faits que nous avons rapportés au sujet des cordons s'appliquent en tout point à la question de l'interruption des communications, nous ne croyons pas devoir y revenir et nous concluons que *l'interruption est le meilleur moyen d'isoler les foyers cholériques, que par conséquent, il y a lieu de l'employer toutes les fois que les circonstances se prêtent à une exécution rigoureuse : mais que cette mesure, applicable seulement à des points circonscrits, devient impraticable et inefficace lorsque l'épidémie s'est propagée sur un grand espace.* (Adopté à l'unanimité, moins MM. Dickson et Sawas qui ont voté contre.)

V.

Restriction temporaire des communications. — N'y a-t-il pas avantage sous tous les rapports à restreindre l'émigration des lieux infectés?— Par quels moyens pourrait-on y parvenir?

La restriction des communications est plus souvent applicable et d'une exécution plus pratique que l'interdiction absolue. En effet, cette mesure, qui adoucit les rigueurs de la séquestration, consistait à ne permettre la sortie des lieux conta-

minés et isolés qu'à certaines conditions déterminées, tant à l'égard des personnes que des choses. C'est ainsi que l'exportation des marchandises serait autorisée, à l'exception des articles qui peuvent recéler les germes de l'infection cholérique, et des substances altérées ou susceptibles de l'être, tels que les drilles, les chiffons, les cuirs, les peaux et autres débris animaux de cette espèce. Quant aux personnes, il y aurait lieu, pour les ports de mer, d'en restreindre autant que possible l'embarquement et de les soumettre à une série de précautions préalables, comme par exemple à une visite médicale spéciale et à la purification de leurs effets et hardes, etc. Mais la restriction de l'embarquement devrait principalement porter sur l'émigration. Rappelons-nous que la diffusion du choléra s'est opérée en 1865 par le courant des hommes qui fuyaient d'Alexandrie, et que 35 mille personnes partant de ce foyer ont infecté dans le court espace de quelques semaines la plupart des ports de la Méditerranée ; rappelons-nous encore que de ces foyers secondaires, l'émigration se dirigeant sur un grand nombre d'autres localités, a répandu les germes du choléra sur toute la surface du continent européen. Ce fait s'est particulièrement fait remarquer en Espagne, où l'émigration des villes avait pris, pendant la dernière épidémie, des proportions extraordinaires. Ont émigré de Valence 40,000 habitants sur 107,000 dont se compose sa population ; Palma a vu la sienne, ordinairement de 50,000 âmes, réduite à 10,000 seulement ; sur 37,000 habitants, 15,000 ont émigré de Carthagène ; la population de Barcelonne comptant 190,298 habitants avait été réduite de moitié par suite de l'émigration. Aussi, des 49 provinces du royaume 31 ont été envahies et fort maltraitées par le choléra.

L'avantage serait donc immense d'empêcher que des avalanches d'émigrés ne se détachassent des foyers pour importer les germes du fléau dans toutes les directions. Certes nous ne croyons pas qu'il soit possible, et nous ne proposons pas d'interrompre rigoureusement la sortie des habitants d'une grande ville frappée par l'épidémie, mais n'y aurait-il pas moyen de la régler de manière à en diminuer les effets désastreux ? N'y aurait-il pas lieu de déterminer, par une loi, le nombre des passagers que chaque navire pourrait embarquer, et arriver ainsi à restreindre l'émigration, tout en empêchant l'encombrement ? Nous nous en rapportons sur ce point aux avis du rapport de la Commission pour les mesures hygiéniques en temps de choléra *(note additionnelle, art. Police Sanit. du départ)* et nous proposons, 1° *de restreindre l'émigration dans la circonscription de la ville infectée ;* 2° *de fixer par un règlement le nombre des personnes que chaque navire pourrait embarquer, proportionnellement à sa capacité ;* 3° *de soumettre les per-*

sonnes et leurs effets à des précautions préalables, telles qu'une visite médicale, la purification des hardes et effets, etc. La Commission opine que ce système est une garantie très importante non seulement à l'égard des ports de destination, mais aussi des passagers dont la vie serait peut-être plus exposée à bord des navires encombrés et partis du foyer cholérique, que dans la ville infectée qu'ils auraient quittée.

CHAPITRE III.

QUESTION DES LAZARETS.

—

VI.

LAZARETS.— Quelles sont les conditions que l'expérience a démontrées nécessaires pour que ces établissements répondent à leur destination sous tous les rapports? — Questions relatives au choix de l'emplacement, à la distance des endroits habités, à la facilité de l'abord et du ravitaillement, à la salubrité du lieu, au genre de construction, à la distribution intérieure, à la répartition des quarantenaires, etc. Lazarets d'observation ? — Lazarets temporaires? — Lazarets flottants? — Lazarets internationaux?

Les lazarets qui existent actuellement dans les ports à quarantaine, tant en Europe qu'en Orient, avaient été établis, à des époques plus ou moins reculées, en vue de se préserver de la peste, maladie réputée éminemment contagieuse. Ces lazarets ont sans doute rendu de grands services, tant qu'ils avaient à remplir leur but spécial ; mais la nature du choléra et les lois de sa propagation diffèrent essentiellement de celles de la peste, et il est aujourd'hui démontré par l'expérience que ces établissements n'offrent pas, tels qu'ils sont, une barrière sérieuse contre les envahissements du fléau indien.

Pendant la dernière épidémie la plupart de ces lazarets ont manqué leur but en laissant pénétrer le choléra dans les villes à proximité desquelles ils se trouvaient. Les défauts qu'on leur attribue sont nombreux : défauts d'emplacement, de construction, de distribution, de régime intérieur et bien d'autres, dont il faut tenir compte dans le système de quarantaine approprié au choléra.

Par contre des lazarets improvisés sous des tentes et des baraques, mais dont l'isolement était complet et les communications interrompues avec les contrées habitées, ont donné les meilleurs résultats. Ce contraste est frappant entre les lazarets de la Grèce, de Crète, de Volo organisés sur des îles, et les lazarets d'Odessa, d'Ancône, des Dardanelles, etc., situés à proximité des villes. Ici les communications avec les habitants du voisinage, l'encombrement de voyageurs, le confinement de l'infection développent le germe cholérique et propagent la maladie ; là l'isolement, le grand air, l'espace, agissent dans un sens contraire, dissipent les germes du choléra et empêchent la maladie de se propager.

L'enseignement à tirer de cette expérience est que, dans le choix à faire des lieux destinés aux établissements quarantenaires, il faut avant tout donner la préférence à des îles désertes et secondement à des localités très éloignées des centres de population et placées de manière à en assurer l'isolement absolu.

Mais l'isolement obtenu il reste encore beaucoup de conditions à remplir dans le choix de l'emplacement d'un lazaret. 1° la composition du terrain. Le sol qui convient le plus doit présenter une consistance rocheuse et granitique ; attendu qu'un sol poreux et d'alluvion, par sa perméabilité, est susceptible de devenir, suivant la théorie aujourd'hui généralement admise, un réceptacle de germes morbifiques ; 2° il convient aussi d'éviter les sols palustres, foyers de fièvres intermittentes, et qui sont propres, par leur nature et dans des circonstances données, à activer le dégagement du principe cholérique ; 3° il importe que l'endroit destiné à un grand lazaret soit pourvu d'eau de bonne qualité et en quantité suffisante pour satisfaire aux besoins des quarantenaires ; 4° une des conditions de la plus haute importance est celle d'un bon mouillage et assez vaste pour pouvoir abriter en sûreté un grand nombre de navires. La facilité de l'abord par tous les temps serait d'autant plus nécessaire, que l'établissement serait placé dans une île, parce qu'alors le service du ravitaillement doit être régulier et entretenu de façon à ne laisser rien manquer aux quarantenaires.

VII.

Après le choix de l'emplacement, se présente la question du plan et de la construction des lazarets. Nous n'avons à dire que peu de chose de ceux qui existent pour en signaler les défauts : qu'on s'imagine une cour carrée, une espèce de cloître, entourée d'édifices communiquant plus ou moins entre eux et formant les logements des quarantenaires, les magasins destinés au dépôt et à la désinfection

des marchandises, une infirmerie, qui n'existe pas toujours, un parloir et quelques appartements affectés à l'administration. La capacité de ces établissements pour les temps d'une épidémie cholérique est en général insuffisante, car jamais du temps de la peste on n'a vu s'opérer de ces émigrations en masse que provoque la peur du choléra, et, d'un autre côté, la disposition des logements se prête singulièrement au mélange des catégories qui devraient être soigneusement séparées et tenues à distance les unes des autres. Tous ces édifices devraient être abandonnés, ou ne servir qu'à des quarantaines de simple observation, pour faire place à des constructions conçues sur un plan adapté à leur nouvelle destination.

En 1865 la quarantaine a été purgée, avons-nous dit, soit dans les lazarets, soit sous des tentes et dans des baraques. Le système des baraques a donné de très bons résultats et serait préférable aux constructions en maçonnerie, n'était-ce leur manque de solidité et leur durée éphémère. Le campement sous des tentes aura toujours l'avantage dans certains pays orientaux, et sur les bords de la Mer Rouge où le climat et les habitudes le comportent naturellement ; mais il est surtout applicable aux masses de pèlerins à leur retour de La Mecque. Sauf ces exceptions, le système des constructions en maçonnerie est celui que nous proposons d'adopter en général pour les établissements quarantenaires dont nous allons esquisser sommairement le plan et la distribution intérieure.

Un vaste emplacement étant donné, autant que possible sur une île, ou à défaut d'une île, dans une contrée éloignée de plusieurs milles de toute habitation, on y construirait les logements des quarantenaires, un hôpital pour les cholériques, des buanderies, des écuries et un enclos pour les animaux, une hôtellerie, des appartements affectés à l'administration et autres édifices accessoires. Il y aurait en outre un débarcadère, des magasins pour les marchandises et les approvisionnements, un bureau pour l'entretien des relations entre le lazaret et le dehors.

1° Les habitations des quarantenaires consisteraient en plusieurs rangées de maisonnettes, de pavillons, de plain-pied, divisés intérieurement en quatre compartiments, percés de fenêtres sur les quatre façades et pouvant loger 20 personnes, soit 5 par compartiment. Chaque pavillon serait séparé de l'autre par une distance de 20 mètres et chaque rangée composée de 10 pavillons, par un espace de 100 mètres. Ce système est en vigueur en Grèce et a fonctionné pendant la dernière épidémie.

Nous reviendrons plus loin sur la question importante des distances à marquer entre les différents édifices composant l'ensemble de l'établissement.

2° *L'hôpital* serait composé de plusieurs pavillons séparés et construits sur le même plan que les logements des quarantenaires. Il serait divisé en deux compartiments dont l'un devant servir aux cholériques, l'autre aux malades affectés de simple diarrhée. Chaque pavillon bien exposé et bien aéré, contiendrait de 5 à 10 lits. Une pharmacie pourvue des médicaments nécessaires serait attachée à l'hôpital ainsi qu'une cuisine à l'usage des convalescents. Il y aurait en outre une habitation réservée aux médecins et aux infirmiers.

3° Deux *buanderies* devraient être installées dans chaque lazaret, l'une pour le service de l'hôpital, l'autre des quarantenaires. Elles seraient placées dans des endroits différents, éloignées l'une de l'autre, ainsi que des autres édifices de l'établissement, et l'on devrait particulièrement veiller à l'écoulement des eaux pour les empêcher de s'infiltrer dans le sol environnant.

4° Un dépôt d'objets de literie et d'ameublement devrait être mis à la disposition de l'établissement, et l'administration veillerait à la propreté de ces objets afin qu'ils ne deviennent pas un moyen de transmission.

5° La Commission serait en outre d'avis d'établir trois catégories de logements; la première destinée aux personnes aisées, la seconde à la classe moyenne, la troisième aux individus moins habitués à certaines commodités. Le prix de ces logements, fixé par un règlement, serait différent selon la catégorie.

6° L'*hôtellerie* du lazaret devrait être isolée pourvue des vivres nécessaires et dont les prix seraient fixés d'avance par l'autorité compétente. Les desservants de l'hôtellerie ne pourraient, dans aucun cas, être en communication avec les quarantenaires.

7° Les *magasins* destinés aux marchandises non sujettes à purification seraient en dehors de l'enceinte du lazaret et rapprochés du débarcadère, afin de faciliter les opérations de débarquement et de réembarquement. Ils seraient en outre en rapport, au point de vue de la capacité, avec le mouvement présumable de l'établissement quarantenaire. Les magasins des marchandises *susceptibles* seraient aussi d'une capacité proportionnelle à ce mouvement, mais relativement moins vastes que les premiers, attendu que les articles sujets à la désinfection sont très-restreints, comme nous le verrons plus loin. La situation de ces derniers magasins doit être différente de celle des premiers, mais toujours hors de l'enceinte du lazaret et à une portée convenable des navires pour en faciliter les opérations.

8° Un lazaret devant nécessairement être gardé par une force armée plus ou moins considérable pour y assurer l'ordre et la sécurité, surtout s'il s'agit d'une île ou d'un lieu éloigné et solitaire, il devient nécessaire de pourvoir à son loge-

ment. Il sera donc établi un *corps de garde* à une distance de 200 mètres, au moins, de l'établissement quarantenaire, car il importe de soustraire, autant que possible, les militaires dont il serait composé aux atteintes du mal.

9° Nous avons parlé de *débarcadère.* Il en faut deux pour chaque lazaret : l'un pour le débarquement des marchandises et des personnes en contumace, l'autre pour les relations de la libre pratique. Il faut en outre un bureau ou *Office de Santé* où résidera la Direction de tout l'établissement. Sa place est indiquée près du port, car il doit être en rapport d'un côté avec tout ce qui concerne le lazaret et ses dépendances et être en même temps l'intermédiaire avec le dehors.

10° La question de savoir s'il fallait conserver l'usage des parloirs attachés aux lazarets et permettre les visites que des personnes étrangères viendraient faire aux quarantenaires, a donné lieu à une discussion au sein de la Commission. On a soutenu d'une part que les visites devraient être sévèrement défendues, parce que la séquestration, même dans une île, ne saurait être complète tant qu'il y aurait des personnes qui y viendraient de la ville et y retourneraient ; parce que des abus ne manqueraient pas de se produire, et que, le principe étant admis que l'air est, à une distance donnée, le véhicule des germes cholériques, il s'en suit que la maladie pourrait se communiquer aux visiteurs et se propager ainsi, malgré toutes les rigueurs de l'isolement. D'un autre côté, on a cru voir dans cette défense trop de sévérité ; on a pensé qu'une distance analogue à celle des logements des quarantenaires, entre les visiteurs et les personnes en contumace, serait une garantie suffisante pour mettre les premiers à l'abri de toute atteinte, et que dès lors la crainte d'une compromission devrait cesser d'exister. Bien que ces observations aient paru justes à la plupart des membres de la Commission, cependant, vu la probabilité des abus, et la nécessité de maintenir l'interruption la plus stricte entre le lazaret et la ville, ils opinent qu'il est prudent de supprimer les parloirs des lazarets et de défendre les visites, sauf toutefois M. Pélikan qui est d'avis que les parloirs seraient nécessaires pour des cas exceptionnels. Ce qui est dit des visites n'est pas du reste applicable aux personnes qui,pour un intérêt quelconque, voudraient entrer au lazaret et y séjourner tant que durerait la quarantaine de ceux avec lesquels ils seraient en communication, et en se soumettant à toutes les conséquences de la position.

11° La Conférence ayant admis « qu'il n'y a aucun fait connu qui établisse que le choléra ait été importé par des animaux vivants, mais qu'il est rationnel de les considérer, dans certains cas, comme étant des objets dits susceptibles et que d'ailleurs ils peuvent par leur enveloppe servir de réceptacle au principe de

la maladie,» la Commission opine qu'il y a lieu de les soumettre à des mesures de purification, et par conséquent tout lazaret doit être pourvu d'un enclos spécial, d'écuries et de hangars pour les y enfermer et les soumettre aux mesures qui seront indiquées.

12° Une des questions qui a beauconp préoccupé la Commission, est celle des latrines. Elle a passé en revue tous les systèmes existants. Dans les anciens lazarets chaque appartement avait son cabinet d'aisances, ou bien il y avait une rangée de cabinets à l'usage de tous les quarantenaires aboutissant à des fosses ou à des égouts, systèmes vicieux et qui ne sauraient continuer sans un grand danger au point de vue du choléra dont la principale source de propagation est dans les déjections. Parmi les systèmes modernes, celui qui a paru à la Commission le mieux adapté aux lazarets est le système des *fosses mobiles* chargées de désinfectants tels que le sulfate de fer, la chaux vive et autres moyens chimiques qui ont été proposés dans ce cas. Les matières seraient ensuite enlevées, versées dans des fosses creusées dans le sol et recouvertes de chaux vive et de poussier de charbon végétal. *(Rap. de la Commission pour les désinfectants).* Deux membres de la Commission auraient voulu que chaque quarantenaire eût un vase séparé et disposé de manière à ce que le médecin, à sa visite journalière, pût inspecter les déjections alvines pour en reconnaître la nature, et constater, par ce moyen, le début d'une diarrhée. Mais ce système praticable peut-être dans l'hôpital, a paru à la pluralité trop compliqué pour un lazaret renfermant des centaines de quarantenaires, et, en conclusion, la Commission s'est prononcée pour l'adoption des fosses mobiles perfectionnées et chargées d'avance de désinfectants. Elle a opiné aussi pour la suppression des égouts et des fosses d'aisances communes dans tous les lazarets destinés aux provenances cholériques.

13° En parlant des logements des quarantenaines, nous avons établi qu'un pavillon devait être séparé de l'autre par une distance de 20 mètres, et chaque rangée de pavillons par un espace de 100 mètres. Ce terme, la Commission a cru pouvoir le prendre pour règle, comme minimum, d'après l'opinion que le choléra pourrait, dans certains cas, être transmis par l'atmosphère jusqu'à une distance de 100 mètres. *(Rapport général, art. XXX).* Ce système permettrait d'abord d'isoler facilement le groupe de personnes occupant un pavillon et parmi lesquelles il surviendrait un ou plusieurs cas de choléra ; il permettrait en outre d'assurer la complète séparation des différentes catégories de quarantenaires selon le degré de suspicion et la date de l'arrivage. C'est une question de la plus haute importance que l'isolement entre les diverses catégories. Sans cette précaution stricte-

ment observée on verrait se renouveler les compromissions qui ont tant contribué à propager la maladie, en 1865, dans les lazarets des Dardanelles, de Beyrouth, de Salonique, etc. ; car il est aisé de concevoir qu'un individu sain est exposé à contracter la maladie dans le lazaret jusqu'au dernier moment qui précède la libre pratique. La séparation des catégories est donc une condition de sécurité pour les quarantenaires et une mesure nécessaire pour empêcher que le choléra ne franchisse l'enceinte du lazaret, et la Commission conclut qu'elle doit être maintenue avec la plus grande sévérité.

La distance à mettre entre les différents édifices d'un lazaret dépend de l'espace dont on dispose et il serait difficile de le déterminer d'avance d'une manière précise; mais il doit être de règle que l'hôpital soit séparé de 200 mètres, au moins, des logements des quarantenaires ; que les habitations du personnel de l'administration soient encore plus éloignées tant de l'hôpital que des logements des quarantenaires, et que l'hôtellerie, les magasins à marchandises, les hangars pour les animaux soient établis hors de l'enclos du lazaret, à des distances encore plus grandes les uns des autres. En général il importe de ne pas perdre de vue que l'isolement ne serait complet que tout autant qu'il y aurait de 2 à 300 mètres autour des divers édifices occupés par les cholériques, par les malades atteints de simple diarrhée, par les quarantenaires en bonne santé, par le personnel de l'administration.

14° *Du personnel.* La question du personnel est de la plus haute importance dans l'organisation d'un lazaret ; mais nous ne croyons pas devoir entrer dans des considérations de détail à ce propos. Nous laissons à chaque administration le soin de déterminer le nombre et la capacité de ce personnel. Nous appelons cependant l'attention sur la convenance de confier la direction des établissements quarantenaires à des médecins instruits comprenant la valeur des mesures applicables au choléra. Nous proposons en outre, pour chaque lazaret, trois médecins, au moins, dont l'un attaché au service de l'hôpital, l'autre à celui des quarantenaires en général ; tous les deux consignés dans leur département spécial et ne devant pas communiquer avec le dehors; le troisième chargé, sous les ordres du médecin directeur, du service du port, de l'entrée et de la sortie des quarantenaires.

VIII.

1° Du nombre des Lazarets. — Lazarets d'observation.

Nous venons d'exposer le plan d'après lequel devraient être construits les lazarets appropriés à la quarantaine de rigueur où devront se rendre les navires en patente brute de choléra. Le nombre de ces lazarets devrait être aussi restreint que possible, mais toujours en rapport avec l'étendue du littoral de chaque Etat ; car s'il faut éviter, d'une part, une très grande agglomération sur un seul point, il serait, d'autre part, dangereux de permettre indistinctement la dissémination des provenances cholériques dans plusieurs localités. Dans le règlement de cette question, il est d'ailleurs tout aussi important de sauvegarder l'intérêt de la santé publique que de ménager celui de la navigation et du commerce. En mettant d'accord dans une mesure compatible ces deux éléments, on arriverait sans trop de peine à l'application rigoureuse des mesures restrictives.

Voici du reste ce que l'expérience nous apprend à ce sujet. La Russie, la Turquie, la Grèce, et peut-être d'autres Etats, ont trois ordres d'établissements quarantenaires : un nombre limité de lazarets pour la quarantaine de rigueur ; un plus grand nombre pour la quarantaine d'observation et des postes plus nombreux dont les fonctions se bornent à contrôler les arrivages et à viser les patentes de Santé.

Ce système paraît à la Commission d'une utilité pratique incontestable, car tout en limitant le nombre des établissements quarantenaires de premier ordre, il laisse subsister les lazarets d'observation. Ceux-ci seraient spécialement affectés à la contumace de certaines provenances en patente nette que l'autorité sanitaire aurait des motifs de tenir en suspicion, soit par rapport au lieu de départ qui n'offrirait pas toutes les garanties de sécurité désirable, soit à cause de circonstances particulières aux navires qui en seraient l'objet, soit enfin par suite de communications sur mer ou de relâches intermédiaires de nature suspecte. Les lazarets de cette catégorie peuvent exister sans inconvénients dans tous les ports fréquentés par une navigation considérable et sans qu'ils réunissent un grand déploiement de moyens comme ceux qui sont indiqués pour les lazarets de rigueur, attendu que la quarantaine d'observation n'entraîne pas, sauf en des cas exceptionnels, le débarquement des voyageurs ni des marchandises.

2° *Les lazarets temporaires*, qu'ils aient pour objets les provenances de mer ou

les provenances de terre, n'ont qu'un caractère provisoire. Ils ont pour but de préserver de l'invasion de l'épidémie une localité privée de lazaret permanent, et l'expérience qui en a été faite en Orient pendant la dernière épidémie est une preuve évidente de leur efficacité. C'est le système des campements dont nous entendons parler, système qui est toujours appelé à rendre de grands services, car il est peut-être le seul possible dans certains pays de l'Asie en raison du climat et du genre de vie des populations. Nous le croyons surtout applicable aux grandes masses de quarantenaires et aux pèlerinages.

3° *Les lazarets flottants* sont des pontons ou de gros navires qui, aménagés aussi bien que possible, peuvent être utilisés dans des cas d'urgence et à défaut de local convenable. C'est de ce moyen qu'on s'est servi à New-York pour séquestrer, au premier moment, les passagers des arrivages cholériques, l'*Atlanta*, l'*Ingland* et le *Virginia*, avec un résultat des plus satisfaisants. *(Voir le rapport historique du choléra, art. New-York)*. Mais il s'en faut de beaucoup que les lazarets flottans réunissent, en général, les conditions requises d'aération et de salubrité, et la Commission ne peut en recommander l'emploi que dans des occasions d'urgence et très-exceptionnelles.

IX.

Question des lazarets internationaux.

Pris dans le sens le plus large, un lazaret international serait une institution mixte tant au point de vue du personnel administratif que des frais d'entretien qui seraient faits en commun par les gouvernements qui y prendraient part. Situé dans un endroit convenable, sur une voie maritime très-fréquentée ou à l'entrée d'une mer, tous les navires provenant d'un lieu infecté seraient obligés d'y aller faire quarantaine. Un pareil établissement aurait l'avantage de prévenir la dissémination des provenances contaminées sur plusieurs points et de restreindre ainsi les chances de la propagation du fléau. L'entretien en commun pourrait aussi contribuer à en faire un établissement modèle, tant sous le rapport de la salubrité et du bien-être, que d'une administration économique dans les dépenses et sévère dans l'application des mesures, car tout serait placé sous le contrôle direct de chaque gouvernement représenté.

Mais tous ces avantages, quelque vrais qu'ils soient, sont contrebalancés par de nombreux inconvénients. C'est ainsi qu'il y aurait, 1° autant d'appréciations,

dans certains cas, que de représentants des gouvernements intéressés, et, de là, difficulté de s'entendre et conflits d'opinion et d'autorité ; 2° un grand préjudice apporté au commerce et à la navigation, en forçant les navires à prendre souvent une voie opposée à leur destination pour aller faire quarantaine dans un lieu plus ou moins éloigné. On comprend que pour des navires à voiles surtout un pareil détour puisse avoir des conséquences désastreuses; 3° une grande accumulation de navires et de personnes, pouvant donner lieu à la formation de vastes foyers d'infection, dangereux sous tous les rapports et tels qu'on n'en voit que dans les agglomérations des pèlerinages et qu'il importe d'éviter à tout prix ; 4° enfin, il y aurait empiétement sur les droits souverains du pays dans le territoire duquel se trouverait un établissement mixte de ce genre, et il est à présumer qu'aucun gouvernement ne serait disposé à l'admettre dans ses possessions. En conséquence, la Commission après avoir pesé les avantages et les désavantages d'un pareil projet, en propose l'abandon.

En donnant cependant un sens plus restreint à la signification de lazaret international, la question se présente sous un aspect plus pratique et qui mérite l'attention. Tel serait un établissement situé dans une position avantageuse à la navigation, administré par le gouvernement local sans aucune ingérence étrangère, et dans lequel seraient admis à faire quarantaine les navires de deux ou plusieurs nations, en vertu d'une convention spéciale passée entre les gouvernements intéressés, et moyennant payement d'un droit établi d'un commun accord entre les parties contractantes. Ce système est en vigueur dans la Baltique entre les états riverains. La Suède possède l'établissement de Kanzoë, îlot situé dans le Cattégat sur la côte occidentale de la Suède, l'administre seule, en fait les frais et se dédommage par un droit qu'elle prélève sur les navires et qui est convenu entre elle, la Russie, la Prusse, le Mecklenbourg, le Danemark. Depuis qu'il existe, cet établissement a donné des résultats satisfaisants au point de vue du bien-être des quarantenaires et de la sécurité publique. La commission pense qu'il y aurait lieu de recommander ce système aux gouvernements qui jugeraient utile de l'adopter.

En résumé, la Commission propose les conditions suivantes dans l'institution des établissements quarantenaires :

1° Que les lazarets soient établis, autant que possible, dans des îles dépourvues de population, et, à défaut d'îles, dans des localités isolées et éloignées de plusieurs milles des villes, villages et autres lieux habités. Que l'air de ces localités soit salubre, le terrain de consistance rocheuse, l'eau abondante, le mouillage facile, sûr et spacieux.

2° Que les édifices composant l'ensemble des lazarets soient construits d'après les principes de l'article VII du présent rapport, et de manière à assurer la séparation rigoureuse des différentes catégories de quarantenaires, suivant la nature de la provenance et la date de l'arrivée. Que l'isolement de l'hôpital des cholériques, des logements des quarantenaires, des buanderies, des magasins et hangars, des habitations du personnel du service, etc., soit complet. Que la distance entre tous ces édifices, impossible à préciser d'avance, soit en rapport avec les indications consignées dans le paragraphe 13 du rapport.

3° Que les cabinets d'aisance soient organisés d'après le système des fosses mobiles chargées de désinfectants. Que les égouts et les fosses communes soient proscrits. Que les matières des déjections soient versées dans des fosses creusées dans le sol et recouvertes de chaux vive, de terre argileuse ou de poussier de charbon végétal.

4° Que chaque lazaret ait deux débarcadères, dont l'un de contumace, l'autre de libre pratique, un office de santé, des logements pour l'administration, un corps de garde, un dépôt de literie et d'ameublement, un dépôt de vivres, une hôtellerie.

5° Que les parloirs des lazarets soient supprimés pour les visiteurs, *et les visites aux quarantenaires interdites ; qu'il soit toutefois permis aux personnes qui le demanderaient d'entrer au lazaret et d'y rester en se soumettant, dans ce cas, au régime des quarantenaires avec lesquels ils seraient en communication.*

6° Que la direction des établissements quarantenaires soit confiée à des médecins, et qu'en outre chaque lazaret soit pourvu de trois médecins, au moins, dont l'un attaché à l'hôpital, l'autre au service des quarantenaires, le troisième chargé du service du port et de l'extérieur du lazaret.

7° Que le nombre des lazarets pour la quarantaine de rigueur soit limité proportionnellement au mouvement maritime et à l'étendue du littoral de chaque Etat ; mais qu'il y ait cependant des postes secondaires pour les provenances soumises à la quarantaine d'observation.

8° Que, dans des cas d'urgence, on établisse des lazarets temporaires, des campements, ou des lazarets flottants, selon les circonstances particulières à chaque localité.

9° La Commission enfin est d'avis qu'en général l'institution de lazarets internationaux, administrés par des commissions mixtes, ne soit pas recommandée, à raison des inconvénients de ce système et des obstacles insurmontables que rencontrerait le plus souvent sa réalisation.

Toutes ces conclusions ont été adoptées à l'unanimité par la Commission, sauf la dernière au sujet de laquelle MM. Maccas et Pélikan ont formulé leur opinion dans ces termes : « Tout en admettant qu'en général l'institution des lazarets » internationaux, administrés en commun par des employés de plusieurs » puissances, n'est pas recommandable, nous sommes d'avis que dans certains » cas l'utilité de ces établissements, administrés par les autorités locales sous » le contrôle de conseils mixtes, est incontestable. »

CHAPITRE IV.

DU RÉGIME QUARANTENAIRE ET DE LA DÉSINFECTION.

Ainsi qu'il a été démontré dans le Chapitre II, les enseignements de l'expérience militent en faveur des mesures restrictives, rigoureusement appliquées, contre l'importation du choléra asiatique.

S'il était nécessaire de revenir sur cette question pour renforcer les preuves de l'action efficace des quarantaines, nous pourrions citer les arguments produits dans le *Rapport Général* à l'occasion de la transmissibilité, et énumérer les faits nombreux de préservation signalés dans l'Aperçu historique du choléra en 1865 ; nous citerions une à une toutes les villes qui ont été préservées du fléau par l'application des mesures quarantenaires, tous les lazarets où la maladie, introduite par des provenances infectées, a été étouffée ; nous rappellerions encore une fois les résultats obtenus en Grèce, en Crète, à New-York et dans beaucoup d'autres localités où le choléra a trouvé, dans des lazarets isolés, des barrières qu'il n'a pas franchies, malgré la violence des foyers qui s'y étaient formés. Tous ces faits ne prouvent-ils pas assez l'action efficace de l'isolement et de la désinfection, c'est-à-dire des mesures quarantenaires ? La Commission est d'avis que le doute n'est pas possible sur une pareille question.

La Conférence a de son côté admis comme un fait incontestable ; « 1° qu'il » n'existe pas de foyers originels de choléra dans nos pays où il est toujours im- » porté du dehors ; 2° que le choléra se transmet soit par des malades, soit par » des effets contaminés ; 3° que l'air ambiant est le véhicule principal de l'agent » générateur de la maladie, mais que la transmission par l'atmosphère est limitée » à une distance très-rapprochée du foyer d'émission. » Or il découle logiquement

de ces faits et de ces principes que les mesures de quarantaine, ou en d'autres termes l'isolement et la désinfection, sont applicables toutes les fois qu'il est à craindre que la transmission du choléra ne s'opère soit par des malades soit par des effets recélant les germes de la maladie.

En abordant le chapitre important du régime quarantenaire, nous nous permettons encore d'intervertir l'ordre des matières indiquées dans le Programme, afin d'en simplifier l'étude ; mais nous aurons soin de répondre à toutes les questions posées sans rien omettre de ce qui nous paraîtra devoir faire la base de la prophylaxie. C'est ainsi que nous divisons le travail en deux sections : dans la première nous traitons de la quarantaine proprement dite, de la différence à faire entre la quarantaine de rigueur et la quarantaine d'observation, de la durée de la quarantaine et des diverses conditions de son application aux personnes et aux navires ; dans la seconde nous exposons le système de la désinfection applicable aux navires, aux objets supposés contaminés, aux effets, hardes, marchandises, animaux vivants, etc.

X.

QUESTIONS DE LA QUARANTAINE.—Y a-t-il lieu d'admettre deux sortes de quarantaines sous les noms de quarantaine d'observation et de quarantaine de rigueur ?— En quoi consisterait cette différence ?

La quarantaine se compose de deux éléments essentiels, la séquestration d'une provenance et la désinfection. Appliquée aux objets réputés susceptibles de transmettre la maladie dont on veut se garantir, elle se distingue en quarantaine de rigueur et en quarantaine d'observation. Cette distinction que nous allons faire ressortir en signalant la différence des deux régimes, avait été établie par les anciens règlements ; elle a été maintenue par la Conférence Sanitaire de Paris et votre Commission la *juge nécessaire dans le système de prophylaxie applicable au choléra.*

La quarantaine d'observation consiste à tenir à l'écart et à faire surveiller un navire, son équipage et ses passagers pendant un temps qui ne dépasse pas ordinairement quelques jours à partir du moment où des gardes de santé sont placés à bord, mais qui peut être prolongé par l'autorité sanitaire. Elle n'entraîne pas le déchargement des marchandises, à moins qu'il ne s'agisse de substances altérées et corrompues. Elle n'exige pas la désinfection, mais seulement des mesures générales d'hygiène. Il serait difficile de déterminer toutes les circonstances dans

lesquelles cette quarantaine est applicable, ce que nous devons laisser au jugement des autorités sanitaires, mais nous sommes à même d'en signaler les principales : elle s'applique à des navires suspects bien que munis de *patente nette*, 1° à cause des soupçons qui peuvent exister sur l'état sanitaire du lieu de départ, de manière à donner le temps d'éclaircir ces soupçons, ou par suite de relâches intermédiaires compromettants et de communications douteuses sur mer ; 2° en raison des conditions particulières du navire qui y est soumis et de l'état sanitaire de l'équipage et des passagers. La quarantaine d'observation peut se faire dans tous les ports où il existe un service sanitaire. Les passagers restent à bord ou sont débarqués au lazaret suivant les conditions spéciales de chaque provenance.

La quarantaine de rigueur, c'est la séquestration et l'isolement, pour un temps déterminé, tant des navires que des personnes, avec désinfection de tout ce qui est susceptible de recéler les germes morbifiques. La quarantaine de rigueur implique nécessairement le déchargement des marchandises au lazaret. Elle est applicable, 1° aux navires partis d'un lieu infecté, en *patente brute* de choléra, sauf les exceptions qui seront indiquées plus loin : 2° aux navires qui auraient eu des accidents cholériques à bord pendant la traversée, bien que porteurs d'une *patente nette ;* La quarantaine de rigueur commence, pour les navires en lest, du moment de l'entrée des gardes de santé à bord ; pour les navires chargés, après le débarquement des marchandises ; pour les personnes, dès l'instant de leur entrée au lazaret.

En résumé, *la différence entre ces deux régimes consiste,* suivant la Commission, *en ce que la quarantaine d'observation est un temps d'épreuve, de simple surveillance, tandis que la quarantaine de rigueur consiste dans le débarquement au lazaret avec désinfection, et comprend toutes les mesures applicables à une provenance cholérique.*

XI.

De la quarantaine applicable aux personnes venant d'un lieu contaminé. — Quelle doit en être la durée ? — A partir de quel moment doit compter la quarantaine?

La quarantaine dont il est question dans ce paragraphe du Programme est celle de rigueur ; c'est-à-dire que les personnes venant d'un lieu contaminé devront subir, à leur arrivée dans un lieu indemne, le régime de l'isolement dans un lazaret et que leurs effets seront soumis à la désinfection.

Mais quelle sera la durée de la quarantaine de rigueur? Cette question est à coup sûr la plus importante de toutes celles qui, dans leur ensemble, constituent le régime quarantenaire; et nous devons reconnaître qu'elle est aussi la plus difficile à résoudre, car elle se lie essentiellement à la période d'incubation de la maladie au sujet de laquelle les opinions sont encore loin de l'accord désirable. Il est vrai que le problème vient d'être en quelque sorte résolu par la Conférence dans la conclusion du Chapitre XIII du *Rapport Général*, où il est dit que « dans presque tous les cas où la période d'incubation, c'est-à-dire le temps » écoulé entre le moment où un individu a pu contracter l'intoxication cholérique » et le début de la diarrhée prémonitoire ou du choléra confirmé, ne dépasse pas » quelques jours, et que les faits cités d'une incubation plus longue se rapportent à des cas qui ne sont pas concluants, ou bien parce que la diarrhée prémonitoire a été comprise dans la période d'incubation, ou bien parce que la » contamination a pu avoir lieu après le départ du lieu infecté. » Mais malgré cette opinion fortement assise sur l'observation générale, on cite des exceptions qui tendraient à faire admettre une période d'incubation de deux à trois semaines.

Une autre question se rattachant au même sujet, est celle de la diarrhée prémonitoire qui très probablement est apte, comme le choléra confirmé, à transmettre la maladie. On a soutenu en effet qu'on a observé des cas de diarrhée de plusieurs semaines qui ont transmis le choléra et se sont terminés par la mort. M. le Dr Pelikan, appuyé par M. Maccas, a insisté sur ce point en faisant valoir les considérations suivantes : 1° qu'il n'est pas toujours facile de distinguer, en temps de choléra, une diarrhée simple, catarrhale, de la diarrhée cholérique qui est considérée avec raison d'une nature identique et aussi dangereuse sous le rapport de la transmissibilité que la maladie même; 2° que ce sont surtout les malades de cette diarrhée qui, étant encore en état de voyager, propagent le choléra; 3° que la diarrhée qui se manifeste à bord d'un bâtiment provenant d'un lieu cholérique est de cette nature dans l'immense majorité des cas; 4° que, en général, les individus atteints d'une diarrhée simple, catarrhale ou bilieuse, sont très disposés à contracter le choléra en temps d'épidémie. Mais la majorité s'en est rapportée à la formule de la Conférence s'exprimant dans ces termes : « L'observation montre que la durée de la diarrhée cholérique, » dite prémonitoire, qu'il ne faut pas confondre avec toutes les diarrhées qui » existent en temps de choléra, ne dépasse pas quelques jours. Les faits cités » comme exceptionnels ne prouvent pas que les cas de diarrhée qui se prolon- » gent au-delà appartiennent au choléra et soient susceptibles de transmettre la

maladie quand l'individu atteint a été soustrait à toute cause de contamination. »

Nous nous serions abstenus de nous engager dans ces questions de principe qui n'entrent qu'indirectement dans le cadre de notre mandat, et nous nous serions tout simplement bornés à prendre pour règle l'opinion de la Conférence sur la durée de l'incubation et de la diarrhée par rapport à la durée de la quarantaine, s'il n'avait pas existé, entre les membres de la Commission, le désaccord que nous venons de signaler. Cependant, malgré cette divergence de vues entre la majorité et la minorité, la Commission, prenant pour base le vote de la Conférence sur les questions de la durée de l'incubation et de la diarrhée prémonitoire, propose que *la quarantaine de rigueur applicable aux personnes venant d'un lieu contaminé soit fixée, en règle générale, à dix jours pleins, et que cette quarantaine commence, pour les personnes, du moment de leur entrée au lazaret. Que si pendant le cours de la quarantaine il se produisait parmi elles des cas de choléra ou de diarrhée cholérique, les personnes saines, après la séparation des malades, devraient recommencer la quarantaine de dix jours pleins. (Voté à l'unanimité, moins M. Pélikan qui propose 15 jours de quarantaine.)*

La Commission croit que, pour les personnes, une quarantaine de deux à trois jours plus longue que le *maximum* ordinaire de l'incubation est une garantie suffisante contre la transmission du choléra ; mais elle doit attirer l'attention sur la diarrhée cholérique qui, comme il a été dit, n'est pas toujours facile à distinguer des autres diarrhées et dont l'aptitude à transmettre la maladie est un fait très-probable. En conséquence, la Commission opine *qu'il y a lieu de considérer comme suspectes les personnes affectées de diarrhée, de les isoler des personnes bien portantes, ainsi que des malades de choléra, et de ne leur accorder la pratique, au bout de la quarantaine réglementaire, qu'à la suite de l'observation médicale constatant la nature non-cholérique de la diarrhée.*

(Adopté à l'unanimité, moins MM. Pélikan et Sawas qui pensent que l'on ne devrait donner la libre pratique aux malades de diarrhée provenant d'un lieu contaminé de choléra, qu'après leur complète guérison, excepté les cas chroniques déclarés tels par un certificat médical émanant du lieu de départ.)

XII.

Quarantaine applicable aux navires supposés contaminés.—N'y a-t-il pas lieu d'établir une distinction entre ceux où s'est manifesté le choléra et ceux où la maladie ne s'est pas montrée? Quelles seraient les mesures applicables dans l'un et l'autre cas? — La désinfection serait-elle toujours de rigueur? Dans le cas où un navire encombré aurait une épidémie grave de choléra à bord, n'y aurait-il pas lieu de le soumettre à des précautions exceptionnelles? — Quelles seraient ces précautions?

Il est de principe que tout navire provenant d'un lieu infecté de choléra est sujet à la quarantaine de rigueur. Dans ce cas, après la reconnaissance à l'arrivée, le navire de cette catégorie est séquestré, les passagers sont débarqués au lazaret ainsi que les marchandises sujettes à purification, et l'on procède immédiatement aux mesures de désinfection.

Ici se présente le cas de la différence à établir entre un navire arrivant d'un lieu contaminé et qui, pendant la traversée, à eu des cas de choléra à bord ou bien des cas de diarrhée cholérique, et un autre navire dont l'équipage et les passagers jouiraient d'un état de santé satisfaisant, sans qu'il y ait eu, pendant le voyage, aucun accident suspect de choléra.

Dans le premier cas, après le débarquement des passagers et le déchargement des marchandises au lazaret, le navire ancré dans un lieu isolé devrait être désinfecté par les divers moyens qui seront indiqués, en opérant par intervalles pendant toute la durée de la quarantaine. Si une épidémie grave s'est déclarée à bord et s'il y a un grand encombrement de passagers, on comprend que l'on doit user alors de mesures plus sévères et de précautions plus minutieuses. L'isolement le plus absolu, à une grande distance des autres navires, la désinfection par des agents les plus actifs, la prolongation même de la quarantaine seront employés dans ces cas exceptionnels. Dans de pareils cas, la Commission serait en outre d'avis de faire débarquer l'équipage, du moins en partie, en ne laissant à bord qu'un nombre suffisant de matelots pour exécuter les mesures de désinfection sous la garde et la direction des agents sanitaires. Nous reviendrons plus loin sur les moyens de la désinfection des navires, dans les cas ordinaires, comme dans les cas les plus graves.

Mais dans l'alternative contraire que nous avons posée, c'est-à-dire dans le cas

où un navire arriverait d'un lieu contaminé, sans avoir eu des accidents cholériques pendant la traversée et dont les conditions hygiéniques seraient satisfaisantes, faudrait-il le soumettre aux mêmes précautions que les navires à bord desquels se serait montré le choléra ? La Commission est d'avis que le traitement, dans ce cas, doit être beaucoup moins sévère, attendu que le danger est aussi relativement moins à craindre. Nous convenons que la séquestration et la durée de la quarantaine, fixée à 10 jours, doivent être les mêmes dans les deux cas; mais nous croyons que les grands moyens de désinfection ne sont pas nécessaires et qu'il suffirait d'employer la simple purification par les agents hygiéniques ordinaires, aération, lavage etc.

Parmi les différentes catégories de navires il en est encore une qui mérite l'attention. Ce sont les navires qui transportent des marchandises et n'ont qu'un petit nombre d'hommes d'équipage, ordinairement sans passagers ou en petit nombre. Ces navires font souvent de longues traversées qui dépassent 15 et 20 jours. La Commission s'est demandé s'il n'était pas juste de les traiter avec moins de rigueur que les navires qui font une courte traversée, en admettant que leur état hygiénique ne s'y opposerait pas et qu'aucun accident cholérique ne s'y serait pas manifesté pendant le voyage. Nous sommes d'avis que, hors le cas de transport d'émigrants et d'encombrement de passagers, une si longue traversée est une garantie dont il faudrait tenir compte, et qu'il y aurait lieu d'accorder à ces navires une diminution de la durée de la quarantaine.

En conclusion, la Commission propose : *1° d'appliquer aux navires supposés contaminés la quarantaine de rigueur, fixée à 10 jours pleins à dater de l'arrivée; 2° d'admettre une différence entre les navires à bord desquels se serait manifesté le choléra ou la diarrhée cholérique, et les navires qui n'auraient pas eu d'accidents cholériques pendant la traversée: dans le premier cas seraient applicables toutes les mesures de rigueur, d'isolement et de désinfection ; dans le second cas, les navires pourraient être exemptés du déchargement des marchandises non sujettes à purification, et ne seraient soumis qu'à des mesures générales d'hygiène sans désinfection proprement dite; 3° de soumettre à des précautions exceptionnelles les navires encombrés et à bord desquels il se serait manifesté une épidémie grave de choléra, précautions qui consisteraient à un isolement plus complet, à la désinfection par les agents les plus actifs et même à la prolongation et au redoublement, selon les cas, de la durée de la quarantaine; 4° de réduire à 5 jours la quarantaine des navires dont le voyage aurait duré 15 jours et au-dessus, sans aucun accident cholérique pendant la traversée.*

XIII.

Pour les provenances maritimes n'y a-t-il pas lieu, dans certaines conditions spécifiées, de comprendre la durée de la traversée dans le temps fixé pour la quarantaine? S'il en est ainsi, déterminer ces conditions.

Nous venons d'établir dans l'article qui précède trois classes de provenances maritimes *brutes* : 1° les navires encombrés à bord desquels il se serait déclaré une épidémie grave de cholèra ; 2° ceux où il ne se serait manifesté que quelque cas de choléra confirmé ou de diarrhée cholérique ; 3° les navires où la maladie ne se serait pas montrée. Nous avons proposé pour chacune de ces classes d'arrivages des mesures plus ou moins sévères suivant le degré supposé de contamination. Pour la troisième classe nous avons dit qu'il suffisait d'une quarantaine de dix jours pleins sans déchargement de marchandises ni désinfection du navire, mais seulement des mesures générales d'hygiène. C'est à cette catégorie de navires que s'applique la question de savoir s'il n'y aurait pas lieu de comprendre la durée de la traversée dans le temps fixé pour la quarantaine.

La Commission n'a pas hésité à reconnaître que les navires qui réuniraient des conditions si avantageuses, bien que provenant d'un lieu notoirement contaminé, n'eussent le droit d'être traités différemment que ceux qui se trouveraient dans des conditions sanitaires et hygiéniques opposées, et elle a cru pouvoir admettre en principe que, sous certaines conditions déterminées, la durée de la quarantaine pourrait compter du jour du départ. Ces conditions comprendraient 1° la présence à bord d'un médecin commissionné *ad hoc* ; 2° une série de mesures applicables au point de départ des navires, pendant leur traversée et au lieu de l'arrivée. C'est ainsi que des mesures d'hygiène et de désinfection seraient pratiquées à bord des navires avant le départ ; que les hommes de l'équipage et les passagers à embarquer seraient visités d'office par un médecin qui constaterait leur bon état de santé et en excluerait ceux qui offriraient les moindres indices d'une indisposition cholérique (les personnes souffrant d'affections chroniques pourraient s'embarquer moyennant un certificat spécial du médecin) ; que les personnes embarquées ne devraient avoir de bagage que le plus strict nécessaire et que leur linge serait lavé avant l'embarquement. Les mesures à prendre pendant la traversée consisteraient à continuer les moyens de désinfection, d'aération et de lavage du navire, des effets à usage et surtout du linge sale. Le médecin du bord

veillerait à toutes ces opérations, vérifierait l'état de santé des personnes embarquées et prendrait note sur un registre des accidents de maladie qu'il aurait l'occasion d'observer, registre qu'il présenterait au lieu d'arrivée à l'autorité sanitaire. A ces conditions et lorsqu'aucun cas de choléra et de diarrhée cholérique ne se serait manifesté à bord, la Commission pense qu'il y aurait lieu de tenir compte des jours de la traversée dans le temps fixé pour la quarantaine.

Mais dans quelle mesure en tiendrait-on compte aux navires qui auraient rempli toutes ces conditions ? Quels serait alors le traitement au port d'arrivée ? C'est ici que les opinions se sont partagées.

M. Dickson a soutenu, d'une part, qu'après dix jours de traversée la libre pratique pouvait être accordée sans aucun danger pour la santé publique d'après la durée admise de l'incubation. D'autre part, MM. Maccas et Pélikan ont été d'opinion que le système de compter les jours de la traversée comme jours de quarantaine repose sur un mauvais principe, détourne de son but la quarantaine et la rend inefficace ; que les mesures de désinfection pendant la traversée ne peuvent être exécutées qu'incomplètement ; que le médecin sanitaire le plus actif et le plus consciencieux qui en serait chargé ne pourrait pas surmonter toutes les difficultés qui s'y opposent ; que les mesures prises à bord sont utiles, mais qu'on ne peut pas les assimiler à celles que la Commission a jugées nécessaires dans les lazarets. Par conséquent, ils proposent de réduire à 7 jours la quarantaine des navires qui arriveraient à leur destination en très-bonnes conditions hygiéniques après une traversée dépassant une semaine, et à 5 jours pour ceux dont la traversée aurait dépassé deux semaines ; mais cette quarantaine serait toujours de rigueur et les jours seraient comptés pleins. Entre ces deux propositions extrêmes une opinion intermédiaire s'est produite : plusieurs membres de la Commission ont pensé qu'un navire qui aurait rempli les conditions spécifiées plus haut et à bord duquel il ne se serait manifesté aucun indice de choléra pendant une traversée de neuf jours, offrait une garantie considérable contre la supposition de l'existence du germe cholérique, et que la libre pratique pouvait lui être accordée après une quarantaine d'observation de 24 heures au port d'arrivée et sous la surveillance immédiate des agents de l'autorité sanitaire qui aura ainsi le moyen de s'assurer que toutes les mesures prescrites ont été prises à bord et de constater l'absence de toute indisposition cholérique.

Les trois opinions que nous venons d'énoncer ont fait l'objet d'une longue discussion sans que nous ayons pu arriver à une entente qui nous permît de proposer à la Conférence une conclusion homogène.

La majorité de la Commission s'est prononcée de la manière suivante :

Les navires en patente brute de choléra qui auront rempli les conditions spécifiées dans le cours de cet article, pourront compter les jours de la traversée comme jours de quarantaine jusqu'à concurrence de 9 jours. Ils feront au port d'arrivée une quarantaine d'observation calculée de manière à accomplir la quarantaine règlementaire de 10 jours pleins.

Comme cependant la traversée des navires n'a pas toujours la même durée et que celle-ci peut varier de 1 à 9 jours et plus, la Commission propose l'échelle suivante comme règle à observer dans l'application de la mesure proposée :

Après	*24*	*heures de traversée*	*9*	*jours*	*de quarantaine d'observation.*
»	*2*	jours	*8*	»	»
»	*3*	»	*7*	»	»
»	*4*	»	*6*	»	»
»	*5*	»	*5*	»	»
»	*6*	»	*4*	»	»
»	*7*	»	*3*	»	»
»	*8*	»	*2*	»	»
»	*9*	»	*24*	*heures*	»

Pour les navires dont la traversée aurait dépassé 9 jours la quarantaine d'observation serait toujours d'au moins 24 heures.

XIV.

A partir de l'arrivée d'un navire, la quarantaine peut-elle être purgée à bord ? Dans quels cas, dans quelles limites et comment ?

Cette question se trouve résolue par tout ce que nous avons dit à propos de la quarantaine d'observation. Dans ce régime, l'équipage d'un navire et les passagers restent à bord, sauf encombrement, et la contumace compte du jour de l'arrivée. Mais il y a des cas exceptionnels où la quarantaine même de rigueur se fait à bord. Cela peut arriver dans des ports où il n'y aurait par de lazaret et où des navires seraient dans le cas de s'arrêter par suite de force majeure, par exemple d'avaries qui ne leur permettraient pas d'atteindre un port à lazaret. La quarantaine pourrait se faire aussi à bord des navires de provenance brute, mais dont l'état sanitaire et hygiénique serait satisfaisant et le nombre des passagers

très restreint. Dans tous ces cas, d'ailleurs, l'autorité sanitaire veillerait à la santé des quarantenaires et à l'exécution des mesures de désinfection indiquées. En somme, la Commission est d'avis *que la contumace peut se faire à bord des navires dans les cas de quarantaine d'observation et quelquefois de quarantaine de rigueur dans des circonstances de force majeure ; mais dans tous les cas, l'autorité sanitaire aura soin de faire éviter l'encombrement et exercera une surveillance attentive sur la santé des quarantenaires.*

XV.

Quarantaine de terre. Quelle doit être sa durée?

Le programme n'a pas posé cette question, ou du moins elle ne s'y trouve pas explicitement formulée. Il est cependant important de savoir si la quarantaine est applicable aux provenances de terre et, dans ce cas, quelle doit en être la durée. Quant ou premier point, il résulte de l'ensemble des questions traitées dans ce rapport que le principe de la quarantaine de terre est admis là où il y a possibilité de l'appliquer avec quelque chance de succès, ainsi qu'il a été dit à propos des cordons et de l'isolement. La Commission n'a donc pas à y revenir. Mais quant à la durée de la quarantaine par terre, c'est une question qu'il nous paraît nécessaire de résoudre.

Il n'est pas douteux que les provenances de mer ne soient les plus dangereuses et les plus propres à transporter la maladie à cause des foyers qui se forment à bord des navires, et que, par la raison contraire, les provenances de terre soient moins propres à transporter les germes de la maladie à cause de l'aération et de l'isolement des personnes qui voyagent, circonstance qui amoindrit les chances de la propagation de la maladie. La Commission croit que cette différence entre les provenances de mer et les provenances de terre autorise une diminution de la quarantaine en faveur de ces dernières, sauf le cas où l'épidémie sévirait dans le voisinage, et elle propose, en conséquence, *une quarantaine de 8 jours pleins pour toutes les provenances de terre, à l'exception des pèlerinages et des déplacements de troupes dont le régime serait plus sévère. Toutefois il est entendu que si les provenances de terre partaient d'un foyer rapproché d'un à trois jours de marche, la quarantaine serait de 10 jours pleins.*

XVI.

QUESTION DE LA DÉSINFECTION.

La question de la désinfection a été spécialement traitée par la Commission des mesures hygiéniques au rapport de laquelle nous nous référons. La désinfection, avons-nous dit, complète les mesures d'isolement et constitue la quarantaine de rigueur. Elle est applicable aux navires contaminés, aux hardes et effets, à certaines marchandises déterminées, aux animaux vivants.

1° De la désinfection des navires.

En parlant de la quarantaine des navires en patente brute nous avons établi que ceux à bord desquels se serait manifestée une épidémie grave de choléra ou seulement quelques cas de choléra ou de diarrhée cholérique, seraient assujétis à une désinfection rigoureuse. Cette opération est décrite dans l'Appendice du rapport des mesures hygiéniques, page 15. La désinfection doit commencer par le déchargement opéré autant que possible par l'équipage du navire, à moins que l'autorité sanitaire n'en dispose autrement dans certains cas très-graves, ceux par exemple d'une épidémie violente à bord qui exigerait le débarquement de tout l'équipage au lazaret. Le navire étant ancré dans un lieu isolé, on fait vider la sentine et on procède immédiatement à la désinfection de la cale par des fumigations de chlore ; on ouvre les écoutilles et on établit des manches et des ventilateurs pour bien aérer les parties intérieures du navire ; on emploie le lavage à grande eau et la peinture à l'huile qui complètent la désinfection. Dans le cas d'une grande épidémie à bord toutes ces mesures de désinfection seront employées plus souvent, pendant le temps de la quarantaine, et avec plus de persistance que dans les cas moins graves.

2° De la désinfection des linges, hardes et effets à usage.

Les faits que le *Rapport Général* a recueillis sur la transmission du choléra par les linges ayant servi à des cholériques *(art. XV)*, ne permet pas de douter que les germes de la maladie ne puissent être importés par ce moyen d'un lieu malade à un lieu sain. Aussi, la conclusion adoptée à ce sujet par la Conférence est que « le choléra peut être transmis par les effets à usage provenant d'un lieu infecté et » spécialement par ceux qui ont servi aux cholériques, et que même la maladie » peut être importée au loin par ces mêmes effets renfermés à l'abri du contact de » l'air libre. » En conséquence la Commission a-t-elle été unanime à admettre

la nécessité de la désinfection à faire subir aux linges, effets à usage et hardes des personnes provenant de lieux infectés de choléra.

Ces objets seront débarqués au lazaret en même temps que les personnes auxquelles ils appartiennent; avant de les livrer à la buanderie on les fera plonger dans de l'eau chargée de chlorure de chaux, on les y laissera pendant quelque temps, on les enverra ensuite à la lessive et on les fera sécher au grand air. Quant aux effets d'habillement, on les exposera au grand air pendant toute la durée de la quarantaine. Les linges, hardes et vêtements des cholériques seront traités avec toute la sévérité possible et seront même détruits par le feu toutes les fois qu'il y aura moyen de le faire et que l'autorité sanitaire le jugera nécessaire.

3° *Des marchandises susceptibles et de leur désinfection.*

L'aptitude des marchandises à transmettre le choléra n'est pas un fait jusqu'ici démontré, et le *Rapport Général* en traitant cette question importante se prononce avec beaucoup de circonspection. Que la transmission soit possible surtout par certains objets tels que les drilles, les chiffons, les peaux, éminemment aptes à s'imprégner des germes morbifiques, la chose est moins douteuse, mais il paraît certain que jamais les marchandises importées de l'Inde, soit à Suez, soit directement en Europe, n'ont transmis le choléra.

D'ailleurs la contamination des marchandises ne pourrait s'effectuer que par suite de souillures provenant des déjections des malades. Or il n'est pas à admettre que des marchandises sortant des fabriques puissent être souillées comme les linges et les hardes qui ont servi aux malades. En conséquence, la Commission pense qu'il y a lieu d'établir deux grandes divisions, l'une comprenant les marchandises sortant des fabriques et bien emballées, l'autre les chiffons, les drilles, les peaux, cuirs et autres débris animaux, ainsi que les marchandises non emballées telles que des laines brutes et autres matières semblables qui, à bord des navires provenant de lieux contaminés, seraient plus ou moins exposées au contact des passagers.

Les marchandises de la première classe, qu'on peut dire non susceptibles, seraient débarquées au lazaret, déposées dans un magasin et exposées à l'aération pendant toute la durée de la quarantaine; elles seraient ensuite livrées sans désinfection. Celles de la seconde classe, parmi lesquelles la Commission a jugé nécessaire de comprendre les vêtements confectionnés parce qu'ils sont manipulés par des ouvriers qui étant malades peuvent les souiller et les infecter, seraient soumises à la désinfection par l'aération, l'immersion dans l'eau, le lavage et les moyens chimiques, tels que les chlorures de chaux et de soude, etc., selon

la nature de la marchandise. Les lettres et les dépêches qui sont exposées à être contaminées par des attouchements de personnes malades ou affectées de diarrhée, entrent dans la catégorie des objets à désinfecter. Les substances animales et végétales en décomposition seront détruites par le feu ou jetées à la mer au large.

4° *Animaux vivants.* — La question de savoir si les animaux vivants sont aptes à contracter le choléra et à le transmettre à l'homme n'est pas résolue par la science et la Conférence a dû se prononcer sur ce point avec une prudente réserve qu'elle a exprimée par ces mots : « Il n'y a aucun fait qui établisse que » le choléra ait été importé par des animaux vivants, mais rien, au contraire, » ne peut prouver que l'enveloppe de l'animal ne puisse devenir, par des souillures, un réceptacle du germe morbifique, le transporter et le transmettre.» Prévoyant la possibilité de ce cas, la Conférence dans la seconde partie de la conclusion que nous venons de citer, ajoute « qu'il est rationnel de considérer les » animaux, dans certains cas, comme étant des objets dits susceptibles. » Conséquemment la Commission pense qu'il y a lieu de les soumettre à des mesures restrictives et de désinfection dans des circonstances dont l'appréciation dépendra des autorités sanitaires.

Conclusions. — *La désinfection consiste dans l'emploi de différents moyens propres à assainir les lieux et les objets contaminés par le germe cholérique. Ces moyens sont l'air, l'eau, le feu dans certains cas, ainsi que les substances chimiques recommandées par la science et signalées dans le Rapport des mesures hygiéniques.*

La désinfection s'applique; 1° aux navires provenant de lieux infectés et à bord desquels se serait manifestée soit une épidémie grave de choléra, soit des cas isolés de cette maladie ou seulement des cas de diarrhée cholérique.

2° Elle s'applique aux hardes et effets à usage des cholériques ainsi que des personnes qui subissent le régime de la quarantaine de rigueur tant au lazaret qu'à bord des navires.

3° Elle s'applique en outre aux marchandises supposées contaminées telles que les drilles, les chiffons, les peaux, les cuirs, les plumes et autres débris animaux, ainsi que les laines et autres substances non emballées provenant d'un lieu infecté ou d'un navire sujet lui-même à la désinfection. Les lettres et dépêches seront enfermées dans une boite et désinfectées par le dégagement de chlore sans être percées. Quant aux marchandises en général, sortant des fabriques et bien emballées, elles sont réputées non contaminées et conséquemment non sujettes à la désinfection.

4° Enfin la désinfection s'applique aux animaux vivants par l'aération ou l'immersion dans l'eau, lorsque les autorités sanitaires le jugeront convenable.

CHAPITRE V.

DE LA PATENTE DE SANTÉ ET DE L'ARRAISONNEMENT.

La présentation de la patente de santé constitue avec l'arraisonnement ce qu'on appelle en administration sanitaire l'acte de la reconnaissance d'une provenance maritime. On peut dire qu'au point de vue de la santé publique, la patente est au navire ce que le passeport est au voyageur. Elle constate l'état sanitaire du lieu de départ et des points de relâche, et les autorités sanitaires y inscrivent, le cas échéant, les accidents de maladies sujettes à contumace survenus à bord. Comme on le voit par le simple rappel de ces circonstances, la patente de santé est un document d'une importance capitale. Aussi, le programme, en posant les différentes questions qui y ont trait, ne s'est pas arrêté sur celle de savoir s'il faut que chaque navire ait une patente ou non, question qui ne doit pas se discuter, mais il a eu soin de signaler tout ce qui, dans la pratique actuelle, en affaiblit la valeur et par conséquent la somme de garanties que doit offrir ce document qui est la base de la sécurité publique en matière sanitaire. Nous suivrons donc exactement la voie que nous trace le programme, en n'y ajoutant que quelques détails indispensables pour compléter le sujet.

XVII.

Doit-on admettre trois espèces de patentes : brute, suspecte, nette ?

Dans la pratique actuelle on désigne sous le nom de *patente brute* celle qui est délivrée dans un port où règne le choléra, sous celui de *patente nette* celle qui est délivrée dans un lieu où le choléra n'existe pas (il en est de même des autres maladies transmissibles ou contagieuses telles que la peste et la fièvre jaune). La patente suspecte est un document intermédiaire qui ne définit pas une situation, qui ne dit pas si le choléra existe ou non, mais qui laisse planer un doute sur l'état sanitaire du lieu de départ, parce que ce lieu quoique sain serait en rapports plus ou moins directs avec une localité infectée, ou bien parce que des cas d'un caractère douteux se seraient produits ainsi que d'autres circonstances analogues non définies. La Commission après avoir discuté la question de la patente suspecte croit devoir en proposer l'abandon. En effet à quoi servirait-il de maintenir une formule de

patente qui ne caractérise pas une situation réelle, mais qui est propre seulement à induire en erreur ? Si le choléra existe la patente sera *brute* : elle signalera les cas isolés qui se seront produits en indiquant leur nombre, ou bien elle dira qu'il y a épidémie si les cas de choléra sont nombreux. Si au contraire le choléra n'existe pas dans la circonscription sanitaire du lieu de départ, il n'en sera pas fait mention, et alors la patente sera *nette*. Ce sera d'ailleurs à l'autorité sanitaire du lieu d'arrivée d'appliquer le régime de la quarantaine d'observation et même de rigueur, selon le dégré du danger, à une provenance qu'elle aura des raisons fondées de croire compromettante bien que sa patente soit nette. En conclusion, la Commission propose de *supprimer la qualification de patente suspecte et de maintenir celle de patente nette et de patente brute, l'une témoignant de l'absence du choléra, l'autre attestant sa présence ainsi que le dégré de sa manifestation.*

XVIII.

A quel moment le Choléra Asiatique doit-il être mentionné sur la patente et quand cette mention doit-elle cesser?

En principe un seul cas de choléra, le premier qui se manifesterait dans une localité quelconque, doit être signalé sur la patente parce que le premier cas, lorsqu'une épidémie doit éclater, est suivi d'autres de très-près, et qu'on sait maintenant combien il importe de se précautionner contre les chances d'importation au début d'une épidémie. Si on laissait partir un ou plusieurs navires en patente nette après le premier cas ou le deuxième, qui pourrait répondre que les cas suivants n'éclateraient pas à bord, ces navires qui s'étaient trouvés avant leur départ dans les mêmes conditions de contamination que les habitants de l'endroit qu'ils auraient quitté ? Ils transporteraient ainsi les germes du choléra au lieu de l'arrivée et les propageraient au sein d'une population encore vierge et par cela même peut-être très-disposée à contracter la maladie. Il est donc de la plus haute importance que les premiers cas connus soient mentionnés sur les patentes.

Mais ici se présente une circonstance qui mérite toute l'attention. Il s'agit de bien déterminer ce que l'on doit entendre par le premier cas qui marque le début d'une épidémie de choléra. Il faut savoir distinguer un cas de choléra *nostras* d'un cas de choléra asiatique. Il est de fait que le choléra asiatique est une maladie d'importation dans nos pays. Or, si en l'absence d'une épidémie dans nos régions, il se manifestait tout à coup un ou plusieurs cas de choléra, sans qu'on pût les rattacher à un foyer de choléra asiatique, il est évident que l'on aurait affaire dans ce cas à une maladie toute différente de celle qu'il importe de signaler sur la patente. Mais au contraire si les premiers cas qui se mani-

festent dans une localité se rattachaient à une épidémie régnant aux environs ou plus loin, si en un mot il y avait crainte ou menace d'une invasion de choléra asiatique, ce serait le cas de mentionner sur la patente les premiers accidents observés. Cette distinction est nécessaire pour ne pas s'y méprendre. Une cause d'erreur dans le langage ordinaire est de confondre souvent l'expression de cas de *choléra sporadique* avec celle de *cas sporadiques de choléra*, ce qui est très-différent : la première expression dénote des cas isolés de choléra *nostras*, la seconde signale des cas isolés de choléra asiatique. Ce sont ces derniers qu'ils importe d'annoncer sur la patente lorsqu'ils se manifestent dans une ville que l'épidémie menace d'envahir.

La patente doit mentionner l'existence de l'épidémie tout le temps de sa durée, et là n'est pas la difficulté. Mais quand cessera-t-elle d'en faire mention ? Nous croyons que la patente doit, d'un bout à l'autre de l'épidémie, n'être que l'écho fidèle de la situation et reproduire les faits tels qu'ils se présentent. Ainsi au déclin du choléra, la patente reproduira le chiffre des cas jusqu'à la disparition complète de l'épidémie ; et du jour où l'on aura observé le dernier cas, elle devra porter l'annotation que depuis telle date aucun nouveau cas ne s'est produit dans la circonscription de la localité. Cette annotation servira de règle aux autorités sanitaires à l'arrivée au point de vue de la libre pratique.

La Commission s'est ici posé la question de savoir combien de temps il fallait mettre entre la cessation de l'épidémie et la libre pratique à donner aux navires munis de patente nette ? Accorder la libre pratique sur le simple énoncé d'une patente qu'il n'y a plus de choléra dans la localité du départ serait une imprudence qui pourrait avoir de fâcheuses conséquences. En effet la Commission a pensé qu'il n'est pas toujours donné de s'assurer de suite du dernier cas de choléra surtout dans une grande ville, que souvent quelques jours après les derniers cas connus il s'en produit de nouveaux, et l'on a même des exemples de reprises assez sérieuses après une courte interruption. Ces considérations nous amènent à croire qu'un terme de 15 jours est une précaution nécessaire entre la cessation de l'épidémie et la déclaration de la patente nette ; en d'autres termes, que la libre pratique ne doit être accordée à un navire provenant d'un lieu où a cessé de régner une épidémie que 15 jours après la manifestation du dernier cas de choléra.

En conclusion, la Commission est d'avis que *la patente de santé doit faire mention du choléra asiatique depuis le premier cas de sa manifestation jusqu'au dernier accident qui marque la fin de l'épidémie ; que les autorités sanitaires*

ne devront accorder la libre pratique aux provenances d'un lieu où a régné une épidémie que 15 jours après la date de sa complète disparition.

XIX

N'est-il pas d'absolue nécessité, comme garantie pour la santé publique, qu'un navire n'ait qu'une seule patente délivrée par l'autorité sanitaire du point de départ, et n'est-il pas également nécessaire que cette patente ne soit pas changée jusqu'à l'arrivée du navire à destination définitive ?

La patente fait foi de l'état sanitaire du lieu de départ et des ports de relâche ; elle signale le nombre des personnes qui se trouvent à bord, le genre de la cargaison et l'état de contumace ou de libre pratique du navire au départ. Il est donc nécessaire que ce document soit unique et il appartient à l'autorité sanitaire de le délivrer, car c'est l'autorité sanitaire qui est à même de connaître toutes ces circonstances et de les consigner sur la patente sous sa propre responsabilité. Cependant les choses ne se passent pas toujours ainsi dans la pratique actuelle, et il arrive souvent que des capitaines possèdent deux au trois patentes, l'une de l'autorité sanitaire du port, l'autre de leur consul, la troisième du consul du pays de destination. Or il est évident que cette pratique est très-dangereuse pour la santé publique, non-seulement parce que ces documents sont parfois en désaccord entre eux, mais parce que les capitaines, pour échapper dans certains cas aux mesures restrictives, peuvent surprendre la vigilance des autorités sanitaires en présentant dans un port compromis l'une des patentes qui leur est rendue avec un visa de choléra, puis successivement dans un autre point indemne la patente nette du lieu primitif de départ. De pareils abus qui sont de nature à compromettre la santé publique d'un pays, ont été commis parfois, et les Intendances Sanitaires en gardent le souvenir dans leurs registres. Il est évident qu'un seul fait de ce genre suffit en temps d'épidémie pour renverser tout le système, rendre illusoires les mesures les plus rigoureuses et propager le fléau contre lequel il serait inutile de lutter si l'on devait laisser ouverte cette porte dangereuse. Le moyen d'y remédier serait de supprimer, avec le consentement des gouvernements intéressés les patentes consulaires et de les faire remplacer par des visas que les consulats apposeraient sur les patentes délivrées par les autorités sanitaires. La Commission croit que ce moyen est propre à satisfaire à toutes les exigences légitimes.

Un autre usage également nuisible à la sécurité de la santé publique, c'est que les autorités sanitaires de certains pays échangent les patentes originaires du lieu de départ contre de nouvelles patentes qu'elles délivrent aux navires en relâche avant qu'ils n'aient atteint leur destination définitive. Elles privent ainsi les autorités sanitaires des ports de relâche subséquents du seul document qui devait leur faire connaître les conditions précédentes du voyage et l'état sanitaire du point primitif de départ. C'est là une pratique vicieuse qu'il est urgent de faire cesser. Le moyen en est très-simple : il suffit d'apposer des visas sur les patentes originaires sans les échanger contre de nouvelles patentes.

Comme complément des questions que nous venons d'examiner, relativement à la patente, la Commission s'est demandé s'il ne serait pas utile que le texte de ce document fût uniforme partout et en rapport avec les principes admis par la Conférence, s'il ne fallait peut-être pas aussi donner à la patente brute la couleur jaune pour la mieux distinguer de la patente nette dont la couleur serait le blanc? Quant au premier point, nous ne saurions mieux faire que de recommander comme modèle la patente sanitaire insérée dans les actes de la Conférence Sanitaire internationale de Paris et qui est adoptée en France et en Italie. Nous pensons aussi qu'il serait utile que le texte fût imprimé en deux langues, celle du pays d'origine et le français pour l'intelligence commune, ainsi que cela se pratique en Turquie et dans les ports russes de la Mer-Noire.

Mais pour ce qui est des couleurs jaune et blanche, nous croyons que c'est un moyen plus propre à occasionner des erreurs qu'à les prévenir par la raison qu'une patente originairement nette peut devenir brute dans le cours du voyage, et *vice-versa* si le navire compromis fait une quarantaine de rigueur dans un port à lazaret avant d'avoir atteint sa destination définitive.

En conclusion, la Commission, employant expressément les expressions du Programme, exprime l'opinion *qu'il est d'absolue nécessité, comme garantie de la santé publique, qu'un navire n'ait qu'une patente délivrée par l'autorité sanitaire du point du départ; qu'il est également nécessaire que cette patente ne soit pas changée jusqu'à l'arrivée du navire à destination définitive, et qu'en conséquence les autorités sanitaires doivent se borner à viser la patente primitive sans la remplacer par une nouvelle patente jusqu'au voyage de retour.*

La Commission propose en outre à la Conférence d'émettre le vœu *que les gouvernements qui attachent une importance particulière au maintien de la pa-*

tente consulaire veuillent bien consentir, dans l'intérêt de la santé publique, à la remplacer par un visa sur la patente délivrée par l'autorité sanitaire.

XX.

De la reconnaissance et de l'arraisonnement en temps de choléra.

L'arraisonnement est la déclaration verbale d'un capitaine sur tous les incidents du voyage qui peuvent intéresser la santé publique. En tout temps c'est un acte important, mais il acquiert une valeur plus grande en temps d'épidémie. Si le capitaine fait une déclaration contraire à la vérité, il obtient l'entrée libre et la porte est ouverte au choléra. Ce fait s'est vérifié en 1865 à Suez et à Constantinople. S'il déclare des cas de choléra pendant la traversée lors même que la patente serait nette, le navire est assujétti à la quarantaine de rigueur ; si la déclaration n'éclaire pas suffisamment l'autorité sanitaire, la provenance devient suspecte et passible de mesures restrictives. On voit par ces circonstances quelle est la valeur de l'arraisonnement en temps de choléra.

L'arraisonnement comme nous l'avons déjà dit est le complément de la patente avec laquelle il constitue l'acte de la reconnaissance d'une provenance. La libre pratique du navire en dépend de même, s'il y a lieu, que sa séquestration.

En temps de choléra, les navires en patente brute et ceux qui ont eu des accidents cholériques pendant la traversée devront se rendre dans un port à quarantaine de rigueur pour la subir. En y entrant, ils porteront sur le grand mât le pavillon de contumace, couleur *jaune* ; les navires en patente nette ou seulement sujets à la quarantaine d'observation, ont l'entrée dans tous les ports, la couleur qui les distingue avant que la libre pratique ne leur soit accordée est le *jaune* ; des navires en patente brute qui par hasard seraient entrés dans un port ordinaire, seront renvoyés par l'autorité sanitaire au port à quarantaine le plus proche sous la surveillance de gardes de santé.

Nous avons dit que de la fidélité des déclarations des capitaines dépend, surtout en temps d'épidémie, le salut d'un pays. Il s'en suit qu'une déclaration fausse, une réticence coupable, doit être sévérement punie par les lois de chaque pays. A ce propos, la Commission a relevé une lacune dans la législation ottomane. La Turquie ne possède pas un code pénal applicable aux infractions

sanitaires. La Commission aime à croire que cette lacune regrettable sera comblée dans l'intérêt de la santé publique.

Conclusion. — *L'arraisonnement est un acte de la plus haute importance en temps de choléra. Les réticences, les fausses déclarations, rendent illusoires le système restrictif le mieux combiné et compromettent la santé publique. Elles doivent être sévèrement punies par les lois de chaque pays.*

A ce propos la Commission propose à la Conférence d'émettre le vœu *que le gouvernement ottoman promulgue dans le plus bref délai un code pénal contre les infractions aux règlements sanitaires.*

Notre tâche est terminée. Nous avons démontré à quelles conditions les mesures restrictives peuvent servir de barrière contre la propagation du choléra asiatique ; nous avons esquissé un plan de lazaret non pas absolu mais indiquant les bases des établissements quarantenaires appropriés à ce but ; nous avons déterminé la nature et fixé la durée de la quarantaine applicable aux différentes provenances cholériques suivant le degré de danger qu'elles pourraient présenter, et enfin nous avons proposé des règles pour assurer toute leur valeur à la patente de santé et à l'acte de la reconnaissance des navires. Nous croyons ainsi avoir répondu à toutes les questions du Programme. C'est maintenant à la Conférence de prononcer par son vote sur les conclusions du Rapport de la Commission.

Constantinople, le 15 septembre 1866,

Les Membres de la Commission :

Salih effendi, *président*, Stenersen, *vice-président*, Dickson, Baron Hübsch, *secrétaire*, Maccas, Comte de Noidans, Pelikan, Salvatori, de Soveral, Sawas, Bartoletti, *rapporteur*.

N° 38.

SÉANCE DU 17 SEPTEMBRE 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 17 septembre, à midi, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa trente-huitième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.;

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M le Docteur IGNACE SPADARO ;

Pour la France :

M. le comte de LALLEMAND, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur GOODEVE, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. DICKSON, médecin de l'Ambassade de S. M. B., délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople

Pour la Grèce :

M KALERGI, secrétaire de la Légation de S M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. MACCAS, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A VERNONI, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie.

M. le professeur FRÉDÉRIC BOSI ;

M. le Docteur G. SALVATORI, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. KEUN, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur MILLINGEN, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

M. le Docteur SAWAS EFENDI, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité à Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

Pour la Prusse :

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation de Prusse, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation à Constantinople ;

M. le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. EXC. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

M. de Lallemand demande la parole pour consulter la Conférence au sujet d'une divergence d'opinions surgie au sein de la Commission chargée de la rédaction du procès-verbal qui doit résumer les travaux de la Conférence.

On se souvient, dit M. de Lallemand, que la Conférence, dans une de ses dernières séances, a procédé à la nomination d'une Commission à laquelle elle a donné un mandat tracé en termes très explicites. Elle a été chargée de préparer un énoncé, sans commentaires, des principales propositions et des conclusions des rapports adoptés par la Conférence avec renvoi aux procès-verbaux y relatifs. Cet énoncé devant servir d'acte de clôture serait précédé d'un prologue et suivi d'une conclusion ou épilogue.

M. de Lallemand, en sa qualité de Président de cette Commission, désire faire connaître à la Conférence les difficultés qu'on a rencontrées dans la stricte exécution de cette décision ; ces difficultés, croit-il, ne peuvent être tranchées que par la Conférence elle-même.

M. de Lallemand expose ce qui suit :

Dans sa première séance la Commission l'a chargé de préparer le préambule et l'épilogue de l'acte final. Entre l'un et l'autre devrait être placé l'énoncé. Chaque rapporteur a été chargé de faire le résumé de son rapport.

A une séance postérieure à laquelle assistaient six membres, la Commission se trouva en présence de deux projets différents dont chacun obtint trois voix.

M. Fauvel déclara qu'un simple énoncé des principales propositions et des conclusions des rapports, ainsi que l'avait décidé la Conférence, serait d'après l'essai qu'il en avait fait, incompréhensible sans un commentaire qui les expliquât. Il fit observer qu'un simple énoncé dépourvu de commentaire ne serait autre chose qu'un *index* qui ne donnerait qu'une idée très imparfaite des travaux de la Conférence, et par conséquent ne pourrait être convenablement intercalé dans l'acte final.

M. Monlau, de son côté, continue M. de Lallemand, a essayé l'exécution du projet en procédant d'une manière différente : Ayant conçu un procédé analytique, il a commencé par rédiger un exposé des principales propositions et des conclusions des rapports qu'il a reliées entre elles par des extraits des procès-verbaux et des rapports. Son système, ont fait observer quelques membres de la Commission, présente deux inconvénients — d'abord, il prendrait beaucoup de temps, en second lieu, il serait de nature à provoquer de longues discussions. M. Segovia qui a fortement appuyé le système de M. Monlau ne partage pas cette crainte, et la considère comme non fondée.

Un troisième système, ajoute M. de Lallemand, a été proposé. Il s'agirait de faire suivre la pièce qu'il a rédigée, consistant dans le prologue et dans l'épilogue, de questions et des réponses telles qu'elles sont énoncées dans les rapports adoptés par la Conférence.

Telle est, dit M. de Lallemand, la situation et telle est la dissidence surgie au sein de la Commission. M. de Lallemand prie la Conférence de vouloir prendre connaissance des différents essais et de se prononcer à ce sujet.

A cet effet, il donne lecture du préambule et de l'épilogue qu'il a préparés.

M. Monlau donne aussi lecture de son essai. Ce n'est, dit-il, qu'un résumé, un extrait très fidèle du rapport sur les mesures hygiéniques. Il s'est chargé de faire ce résumé, ayant été décidé en Commission que chaque rapporteur ferait l'extrait de son rapport. Il s'est tenu strictement au sens et à la lettre même du rapport, de sorte que son résumé pourrait à la rigueur trouver place entre le préambule et la conclusion rédigés par M. de Lallemand. Ce système, selon M. Monlau, ne pourrait donner lieu à aucune contestation étant tout à fait conforme à la décision de la Conférence.

M. Fauvel fait quelques observations dans le but de faire ressortir les avantages et les inconvénients des différents systèmes qu'on a essayés.

Il rappelle tout d'abord que la Conférence a décidé de ne faire que l'énoncé strict des principales propositions et des conclusions émises dans les rapports. Pour sa part il a essayé de procéder de la sorte mais sans résultat satisfaisant. Il a pu se convaincre qu'il n'y a pas moyen d'avoir le sens exact des conclusions sans avoir sous les yeux le texte. L'énoncé seul des conclusions et des propositions ne serait autre chose qu'une table de matières qui ne pourrait guère répondre aux vues de la Conférence ni éclaircir le public ou les gouvernements sur la nature de ses travaux. Pour cela,fait observer M. Fauvel, un résumé analyptique complet serait nécessaire, mais ce serait un travail considérable que les circonstances ne permettent plus d'entreprendre.

M. Monlau a essayé, dit M. Fauvel, quelque chose d'intermédiaire. Il a fait un résumé de son rapport en y empruntant des phrases détachées. Ce résumé incomplet ne pourrait, selon M. Fauvel, atteindre le but. Il serait plus que l'énoncé et serait moins qu'un acte de clôture appelé à donner une juste idée des travaux de la Conférence. En outre, selon M. Fauvel, le système de M. Monlau est de nature à soulever des discussions interminables, à en juger par le préambule seul de M. Monlau qui est sujet à beaucoup de contestations.

M. Fauvel considère comme excellent l'exposé fait par M.de Lallemand, sauf quelques légères modifications à y apporter. A cet exposé, pense-t-il, *devrait être annexé comme document* le relevé pur et simple des conclusions adoptées par la Conférence, avec les votes sur chacune d'elles et l'indication des procès-verbaux où la question a été débattue. Ce relevé n'aurait pas pour but de donner une idée complète des travaux de la Conférence, car pour cela il serait indispensable de lire et les procès-verbaux et les rapports, mais il servirait d'indication utile.

A la suite de ces éclaircissements et de ces explications qui donnent lieu à une conversation entre plusieurs membres, particulièrement entre MM. Salem bey, Segovia, Goodeve, Fauvel, Monlau, de Lallemand, S. Exc. le Président consulte la Conférence et l'invite à se prononcer sur la méthode qu'elle entend adopter pour l'exécution de l'acte de clôture.

Après une longue discussion, la Conférence adopte à la majorité de 18 voix contre deux abstentions (Segovia et Monlau) la formule suivante :

La Conférence, au sujet de la question qui lui a été soumise par le Président de sa Commission, décide que l'acte de clôture consistera dans le texte lu par M. le Cte de Lallemand, auquel sera annexé un énoncé des conclusions adoptées par la Conférence avec le renvoi aux procès verbaux et l'indication des votes.

La Conférence passe à l'ordre du jour qui est la discussion du *rapport sur les mesures quarantenaires.*

La parole est à M. Bartoletti rapporteur qui donne lecture du rapport jusqu'au 2me chapitre, à page 8.

M. Mühlig demande à faire quelques observations.

Dans le premier chapitre, dit-il, la Commission a énoncé les bases sur lesquelles elle veut fonder son système quarantenaire. Bien que M. Mühlig diffère sur quelques points de la Commission, il votera le chapitre, mais il entend signaler les points de divergence. La Commission, pense-t-il, aurait dû prendre en sérieuse considération les objections qui portent sur la valeur et l'efficacité des quarantaines. Ces objections faisant connaître les écueils qu'il importe d'éviter, méritent de fixer l'attention. La Commission, d'après M. Mühlig, n'a pas assez apprécié la grande difficulté qu'il y a de bien constater les diarrhées, constatation qui est aujourd'hui considérée d'une grande importance. Elle s'est bornée à dire qu'elles seront attentivement surveillées, mais jusqu'à quel point cette surveillance est-elle possible en pratique? Il y a un autre point qu'il doit relever au besoin, dit le rapport, les diarrhéïques seront soumis au même régime que les cholériques. M.Mühlig trouve que l'expression *au besoin* est déplacée. Cette diarrhée, d'après lui, doit toujours, et, non pas en cas de besoin, être soumise au même régime que le choléra confirmé. A ce propos il relève une autre expression inexacte du rapport. Il y est dit que la diarrhée est la première manifestation du choléra, M. Mühlig, au contraire, la considère comme en étant souvent l'unique manifestation.

Les moyens et les mesures restrictives, dit M. Mühlig, pourront être efficaces, si les grandes difficultés qu'elles rencontreraient en pratique sont dûment appréciées et vaincues.

M. Monlau de son côté croit que la Commission a bien fait de recommander les mesures quarantenaires, mais elle aurait dû, selon lui, tenir en plus grand compte les objections qu'on leur oppose surtout celles de Griesinger qui sont très fondées. La Commission, il est vrai, les a signalées

dans son rapport, mais elle ne les a pas réfutées, et elle n'en a donné aucune réponse. Ces objections cependant sont de nature à réduire grandement la valeur des mesures quarantenaires et c'est pour cette raison, fait observer M. Monlau, qu'il s'est appesanti sur les mesures d'hygiène dont le concours et l'action sont indispensables tant pour prévenir le mal que pour l'arrêter dans ses progrès. Les mesures hygièniques, dit-il, sont d'une action permanente et leur efficacité est générale. Les objections de Griesinger sont d'un grand poids, elles sont réelles et la Conférence ne doit pas les méconnaître. Toutefois les difficultés ou les inconvénients pratiques ne doivent d'aucune façon détourner les esprits du système quarantenaire. Mais pour que les quarantaines soient efficaces il faut qu'elles soient bien faites, ce qui est très-difficile, et il faut les renforcer par des mesures hygièniques, alors seulement, il faut bien le reconnaître, elles pourront être utiles, malgré les difficultés qu'on rencontre dans leur application.

M. Monlau ajoute que le rapport aurait dû faire comprendre que l'édifice d'un nouveau système de prophylaxie repose sur les principes admis par la Conférence sur la transmissibilité du choléra, et ces principes établissent qu'il faut combattre le mal dans son berceau. Mais il faut, selon M. Monlau, énoncer tout cela avec réserve, car ce qui est admis aujourd'hui peut ne pas l'être toujours. La doctrine de la transmissibilité proclamée par la Conférence, n'est pas encore la doctrine de tout le monde, et on n'a pas encore tout à fait renoncé aux idées qui avaient cours jusqu'à ces derniers temps. Ces idées pourront un jour ou l'autre prédominer de nouveau, et être soutenues par quelque école.

M. Sawas n'est pas de l'avis de M. Monlau. Il croit, au contraire, que la Commission a suffisamment réfuté les objections tant de Griesinger que des autres. Mais elle a été d'accord avec elle-même et avec les principes posés par la Conférence qui a passé outre à ces objections : car elle n'aurait pas pu les accepter sans saper les bases de son système quarantenaire, système qui repose sur la certitude de l'efficacité des quarantaines. Qu'on ajoute à cela, dit M. Sawas, que tant M. Mühlig que M. Monlau ont déclaré que ces objections ne sont pas de nature à détourner du système quarantenaire. C'est, pense-t-il, la meilleure réfutation qu'on puisse faire à ces objections.

La Commission, conclut M. Sawas, a été fidèle aux bases posées par la

Conférence. La discussion, par conséquent, n'étant pas possible, il propose de mettre aux voix le premier chapitre.

M. Fauvel fait remarquer que les questions qui ont trait aux bases du système quarantenaire ont été longuement discutées en d'autres occasions, et la Conférence a émis sur ce point des opinions très catégorigues. La Commission n'avait pas à revenir dans son rapport, quoiqu'en dise M. Monlau, sur les opiniens de M. Griesinger. M. Fauvel comprend très bien que M. Mühlig veuille y revenir. Il a dès le commencement professé une opinion contraire à celle de la majorité relativement à la durée de la diarrhée cholérique, et il tient à la faire valoir en toute occasion. M. Fauvel ne conteste pas la difficulté de reconnaître toujours l'existence des cas de diarrhée à bord d'un navire, mais il croit que les cas de cette nature qui pourraient être dissimulés ne sont pas aussi dangereux qu'on serait tenté de le supposer, si la pratique n'est accordée qu'après les précautions voulues. D'abord ces diarrhées se déclarent d'ordinaire pendant les premiers jours de la traversée et d'ordinaire aussi elles guérissent rapidement ou aboutissent au choléra confirmé et en supposant qu'un cas rare de diarrhée tardive échappe à l'examen, la chance que ce cas propage le choléra serait réduite à bien peu de chose si toutes les autres causes de compromission avaient été supprimées. Malheureusement on ne fera jamais qu'un système quarantenaire ait une efficacité absolue, parce qu'en fait on n'évitera jamais les compromissions d'une manière absolue. Mais on peut arriver par des précautions convenables à réduire les chances de compromission à un minimum qui laisse de grandes garanties d'efficacité. La possibilité qu'une diarrhée cholérique échappe à un examen attentif restera sans doute comme une chance très rare de compromission, et il serait à désirer qu'il n'y en eût pas d'autres, parce qu'alors on aurait peu de risques à courir.

M. Fauvel d'ailleurs est d'opinion qu'à bord des navires, où il y a un médecin sanitaire, il n'est pas aussi difficile qu'on l'imagine de constater le fait de diarrhée.

M. Sotto signale, à propos des auteurs allemands mentionnés dans le rapport, une circonstance qui n'a pas été prise en considération. On parle du rapport de la Commission bavaroise dont M. Pettenkoffer lui-même faisait partie. Mais ce rapport est en date de 1854. Or, M. Sotto croit que depuis cette époque les médecins allemands composant la Commission

bavaroise, ont acquis par expérience beaucoup de données qui à cette époque leur faisaient défaut, ce qui doit les avoir amenés à modifier considérablement leurs opinions même à l'égard du système quarantenaire. Cette supposition, d'après M. Sotto, est très fondée, puisque en 1866 dans un mémoire ou règlement publié par les autorités allemandes, parmi lesquelles figure M. Pettenkoffer, il reste démontré qu'elles sont revenues sur beaucoup de points. M. Sotto croit fermement qu'aujourd'hui les mesures restrictives sont en Allemagne considérées bien autrement qu'en 1854, et qu'elles sont presque conformes aux vues de la Conférence.

M. Goodeve désire avoir quelques explications sur une expression employée dans le rapport là où il est dit *qu'en Orient les populations sont clair-semées.* Il croit qu'il serait nécessaire d'indiquer de quelles contrées de l'Orient on entend parler, car il y a de vastes pays en Orient où les populations, loin d'être clair-semées, sont très-serrées, très-condensées.

M. Goodeve fait aussi ses réserves à propos du paragraphe à page 7, où il est dit : que les données recueillies par la Commission du troisième groupe prouvent que la balance est toute en faveur du système des quarantaines.

M. Bartoletti fait observer à M. Goodeve que la phrase qui suit celle où l'on parle des populations clair-semées de l'Orient, fait assez comprendre de quelles contrées de l'Orient on entend parler. Il est question de l'Orient par rapport à la Turquie, et vers les frontières asiatiques de l'Europe.

M Monlau fait remarquer à M. Sawas qu'il est vrai que les objections ne sont pas de nature à détourner du système quarantenaire, mais qu'il est de même prouvé qu'elles sont de nature à imposer un redoublement de surveillance et de sévérité. S'il n'est pas possible d'arriver à l'absolu, comme M. Fauvel l'a très-bien dit, il faut tâcher de s'en approcher autant que possible, il faut que tous nos soins tendent vers ce but. M. Monlau est aussi d'avis que les dangers qui résultent de la contrebande sanitaire dont M.Fauvel vient de parler sont immenses et que cette contrebande est beaucoup plus à craindre que la contrebande commerciale, laquelle peut uniquement produire des dommages matériels, tandis que la première peut causer la perte de tout un pays.

M. Mühlig déclare qu'il n'a insisté sur la difficulté de constater les diarrhées que pour signaler les écueils qu'on doit tâcher d'éviter dans notre système. Cette difficulté a été reconnue par M. Fauvel lui-même

qui ne diffère de son opinion que sur le degré du danger qui peut en résulter.

M. Sawas avoue qu'il ne trouve pas une grande différence entre les différentes opinions émises, et, il croit que le même esprit y règne. Au sujet des cordons sanitaires sa conviction est qu'ils sont plus efficaces en Europe qu'en Orient, que les mesures restrictives sont plus faciles et d'une application plus complète en Europe qu'en Orient. Cette opinion, dit M. Sawas, doit paraître à plus d'un paradoxale, cependant elle est basée sur les considérations suivantes :

1° En Europe les limites sont bien tracées et il est facile de les maintenir isolées. En outre on possède une connaissance exacte de toutes les voies et de tous les passages ;

2° Il y a des autorités spéciales, et des institutions spéciales de toute sorte pour les frontières ;

3° Les employés sont habitués à faire leur devoir et ils savent le faire ;

4° Les populations, surtout, sont civilisées et par conséquent formées à l'obéissance aux lois. Elles ne cherchent leur salut que dans l'exécution des prescriptions de ceux qui les gouvernent.

En Orient, par contre :

1° Il y a ignorance complète des routes, des défilés, des sentiers, etc., et les limites sont mal définies ;

2° Il y a absence d'institutions frontières et il n'y a presque point d'autorités frontières ;

3° Les employés sont recrutés au hasard : ils sont tous novices pour ne pas dire autre chose ;

4° Enfin des populations la plupart du temps flottantes et nomades franchissent incessamment et en grand nombre les frontières sur cent points différents. Ces populations ne se soumettent qu'à la force matérielle et n'ont pas le moindre respect pour les lois soit sanitaires soit civiles: au contraire, elles font tout leur possible pour les violer.

M. Maccas dit qu'il considère les objections faites au rapport pour la plupart réfutées, il n'entend donc nullement s'y arrêter. Cependant, il croit nécessaire de dire quelques mots sur l'observation, très-juste d'ailleurs faite par M. Sotto, à l'égard des auteurs allemands. Le rapport bavarois est de 1857, — si depuis lors l'opinion contre les quarantaines a été en Allemagne modifiée, elle ne peut pas l'avoir été au point que M. Sotto

croit. On continue à être hostile au système quarantenaire et les idées émises dans le rapport bavarois sont toujours prévalantes. Elles sont suivies par Griesinger et Pettenkoffer, qui pensent que les quarantaines, pour être de quelque utilité, doivent durer quatre semaines au moins.

Les opinions contraires au système quarantenaire ont été, dit M. Maccas, prises en sérieuse considération par la Commission qui a bien senti qu'on ne pouvait pas les négliger. La Commission aussi a reconnu autant que M. Mühlig la difficulté de constater les diarrhées, et dans la suite du rapport on verra par quels moyens on peut parvenir, autant qu'il est possible de le faire, à s'assurer de l'existence de la diarrhée. Donc, conclut M. Maccas, la Commission a prévu la difficulté et a avisé aux moyens de la vaincre.

M. Bosi voudrait que là où il est dit (voir la 2me partie de la conclusion) à établir des quarantaines en accord avec les principes aujourd'hui admis sur la transmissibilité du choléra et son mode de propagation—on ajoutât admis — *par la Conférence* — ou bien qu'on supprimât le mot *aujourd'hui*. Ces principes, dit M. Bosi, ne datent pas d'aujourd'hui, ils ont été proclamés par Betti et Rosemberg à la première Conférence de Paris. Cette théorie, qu'ils admettaient en termes différents, n'a fait que gagner du terrain. Plusieurs médecins la soutenaient en Italie et ailleurs, Gianelli la professe depuis longtemps très-chaleureusement. La seule différence consiste en ceci que cette théorie laquelle jusqu'à ces derniers temps n'appartenait qu'à la minorité, appartient aujourd'hui à la majorité des médecins.

M. Sotto estime que pour dire au juste en quoi les opinions d'aujourd'hui diffèrent de celles de 1857, il faudrait comparer point par point les expériences d'aujourd'hui avec celles d'alors. Cela faisant, on trouverait qu'on a adopté des changements notables sur beaucoup de points. Pour ce qui est des quarantaines, dit M. Sotto, les auteurs allemands ont bien raison d'exiger qu'elles soient portées à quatre semaines puisque quelquefois la durée de la diarrhée est très-longue. Ceci démontre toutefois, selon M. Sotto, que les auteurs allemands commencent à croire à l'efficacité du système quarantenaire, ils exigent seulement qu'il ait la durée qu'ils croient nécessaire, donc il y a parmi eux un revirement, un changement d'idées depuis le temps du rapport bavarois.

M. Maccas insiste sur ce point, à savoir que les médecins allemands qui ont été les premiers à émettre les idées qui ont cours aujourd'hui relative-

ment à la transmissibilité du choléra, et à propos de laquelle ils ont entrepris des études de la plus grande importance servant aujourd'hui de base aux travaux de la Conférence, n'ont pas modifié d'une manière saillante leurs idées par rapport à la valeur du système quarantenaire. C'est sur ce point seulement qu'il diffère de l'opinion de M. Sotto, mais il reconnaît avec lui que sur beaucoup d'autres points il y a même en Allemagne un revirement et un changement d'idées depuis l'époque du rapport bavarois.

M. Bartoletti croit que tant le raisonnement de M. Mühlig que celui de M. Monlau, amènerait à la négation des quarantaines. Mais est-il suffisant, se demande M Bartoletti, de n'invoquer contre les quarantaines que la difficulté de constater la présence de la diarrhée? L'abolition de tout système quarantenaire n'aurait-elle pas pour résultat inévitable de favoriser la propagation du choléra?

Sur la demande de plusieurs Délégués, S. Exc. le Président met aux voix la troisième partie du 1er chapitre.

Elle est adoptée à l'unanimité, moins la réserve de M. Goodeve concernant la balance des avantages et des inconvénients des quarantaines.

M. Bartoletti donne lecture du 2me chapitre.

M. Mühlig demande à faire quelques observations :

Dans ce chapitre, dit-il, il est question de deux ordres de faits bien distincts, qui n'ont pas été suffisamment distingués dans le rapport. La conclusion se base sur deux espèces de cordons sanitaires, mais dans le texte on ne trouve pas les détails nécessaires pour établir convenablement la différence qui existe entre ces deux espèces. Cependant, fait observer M. Mühlig, la distinction du cordon en deux espèces est, au point de vue de l'efficacité et du danger, de la plus haute importance. Quand on établit un cordon, pour une population déjà infectée, les inconvénients et le danger sont beaucoup plus grands et plus à craindre que lorsqu'on établit un cordon pour une population non contaminée qu'on veut préserver d'une invasion cholérique. Dans le premier cas le ravitaillement étant très difficile, on s'expose aux risques d'une disette et pour la prévenir les personnes cernées sont très-disposées à se sauver et tendent incessamment à rompre le cordon. Cette espèce de cordon est donc, d'après M. Mühlig, la moins recommandable et la moins efficace, tandis que le cordon qui a pour but de sauvegarder, de préserver une population indemne, étant d'une application facile, les habitants eux mêmes se prêtent volontiers à

l'établir et à le maintenir, partant n'étant presque jamais violé il est aussi plus efficace. M. Mühlig trouve donc nécessaire de bien s'appesantir sur la différence de ces deux espèces de cordons, et de faire ressortir que le cordon défensif est beaucoup plus efficace et moins dangereux que l'autre. Dans l'épidémie du Grand-Duché de Mecklembourg-Schwerin en 1859, 90 à 100 localités non contaminées s'étant isolées par des cordons ont pu se maintenir indemnes. Il n'y en a eu que 9 ou 10 qui ont été éprouvées malgré cette mesure. Néanmoins il faut ajouter que plusieurs localités sont restées indemnes malgré leurs communications fréquentes avec les lieux infectés.

M. Bartoletti considère la distinction sur laquelle s'appesantit M. Mühlig comme une pure subtilité. Cette distinction n'est rien moins que pratique, et M. Bartoletti est fermement convaincu que les deux espèces de cordons sont également utiles et efficaces.

M. Sotto dit, qu'en lisant le texte on reste persuadé que la Commission, en voulant trop prouver, n'a rien prouvé. M. Sotto fait allusion à ce qui y est dit relativement à la Russie. Si on admet, fait observer M. Sotto, les chiffres du rapport, on arrive à la conclusion qu'on avait établi des cordons dans toute l'étendue de l'immense Empire russe. Peut on, se demande M. Sotto, accepter cela comme un fait réel? Est-ce seulement grâce aux cordons que le choléra a épargné beaucoup de provinces et qu'il a perdu de sa force en Russie? et n'est-il pas plus naturel d'en attribuer la diminution à d'autres causes? M Sotto ne nie pas l'utilité des cordons, il en admet l'efficacité, mais il croit qu'ils ne peuvent être bien établis que dans des pays où les populations sont clair-semées. En Autriche, faits selon lui, ils ont mal réussi. Lorsqu'on a établi le cordon en Gallicie, qui n'a abouti à rien de bon, le fléau le traversa. Etabli aussi aux confins de la Hongrie, après deux semaines, le choléra l'avait franchi, et avait gagné Vienne. Donc, conclut M. Sotto, l'efficacité du cordon dépend de beaucoup de conditions, entr'autres de celles qu'il a spécifiées. Ces conditions, croit il, ne pourront jamais se rencontrer en Russie, de sorte que les cordons établis dans l'Empire Russe ne pourraient que favoriser la propagation de la maladie.

M. Bartoletti fait remarquer à M. Sotto que ce qu'il vient de dire a été parfaitement établi dans le rapport. Dans la conclusion du 2me chapitre il il est dit que, les cordons sanitaires, employés au milieu de populations nombreuses et serrées sont d'un effet incertain et souvent ils sont dange-

reux ; que par contre employés dans des localités limitées ou dans des contrées où la population est clair-semée, les cordons sont appelés à rendre de grands services, etc.

M. Bosi est aussi d'avis que la distinction de M. Mühlig n'est qu'un cercle vicieux, un jeu de mots. En général, dit-il, ce ne sont pas les pays atteints qui établissent des cordons, ils ne sont établis que dans des pas indemnes pour empêcher la pénétration de la maladie. M. Bosi croit qu'il n'existe réellement qu'une seule espèce de cordon. Il admet toutefois que ce cordon puisse être plus ou moins efficace. Or la Commission n'a pas manqué de signaler les conditions qui sont requises pour qu'il réussisse efficace.

M. Mühlig exprime son étonnement d'entendre qualifier de subtilité et de jeu de mots une distinction des plus importantes. Cette distinction M. Mühlig la considère indispensable car le cordon qu'on établirait autour d'une localité atteinte serait toujours d'une efficacité douteuse puisque la population en proie à la frayeur, voudrait se sauver et violerait le cordon—tandis qu'une population indemne qui craint l'invasion cholérique établissant le cordon d'elle-même, saura le respecter et le faire respecter. Dans ce dernier cas un cordon peut parfaitement garantir et cela est prouvé par l'expérience.

M. Bykow venant à l'appui de M. Sotto déclare que ce qu'il a dit à propos de la Russie, est très vrai. L'inefficacité des cordons, ayant été reconnue en Russie elle les a abolis peu de temps après leur établissement. Néanmoins ils ont été très-utiles dans quelques localités des gouvernements d'Orembourg, d'Astrakan où la population est peu nombreuse, où les villes, les villages et les forts se trouvent en général très-éloignés les uns des autres et sont séparés par des espaces presque déserts.

M. Bykow ajoute qu'il pourrait citer d'autres exemples, en outre de ceux cités dans le rapport, pour démontrer que parfois les cordons ont été très efficaces. M. Bykow pense que si la statistique dressée par M. de Rosemberg ne prouve d'une manière incontestable que c'est grâce aux cordons sanitaires que les épidémies de 1829 à 31 ont été moins meurtrières que celles de 1847 à 1849, elle fait du moins présumer que les cordons y ont été de quelque utilité.

Le fait qui se rapporte à Karamala, M. Bykow dit avoir aussi extrait de Lichtenstadt.

M. de Lallemand reconnaît justes les observations que M. Bykow vient de faire sur la valeur des cordons sanitaires en Russie.

M. Monlau trouve la conclusion de ce chapitre imparfaite. Elle n'énonce, d'après lui, qu'une généralité et néglige la question qu'il importait de résoudre. Cette question consiste dans la manière d'appliquer les cordons : dans quels cas leur application est-elle nécessaire : doivent-ils être appliqués seuls ou faudra-t-il les rallier aux lazarets? En Espagne, dit M. Monlau, les cordons sont depuis 30 ans abolis, malgré cela, il y a toujours eu des populations qui les établirent volontairement mais non sans co[illegible]. En ce moment-ci, un cordon sanitaire existe à Mayorque. Il faut bien s'entendre, dit M. Monlau, sur la nature du cordon sanitaire, car beaucoup de personnes persistent à croire qu'un cordon sanitaire est toujours un cordon militaire, Commeil y a trois espèces de cordons, dont le moins efficace a toujours été le cordon pour ainsi dire vivant, il faut bien les considérer à tous les points de vue, et on doit spécifier les qualités inhérentes à chacun des trois. Cela est indispensable pour déterminer comment et en quelles circonstances ils doivent être appliqués. M. Monlau rappelle qu'il a déjà eu l'occasion de se prononcer contre les demi-mesures.

M. Fauvel pense que la distinction sur laquelle M. Mühlig a insisté a de la valeur au point de vue de l'efficacité ; cependant il croit que la Commission a dit à propos des cordons ce qui était important. M. Fauvel a déduit du discours de M. Monlau qu'il est jusqu'à un certain point partisan des cordons sanitaires, et qu'il en a une grande expérience. Quoi qu'il en soit il ne résulte pas de ce qu'il en a dit pour l'Espagne que ces cordons y aient eu un résultat avantageux. La dernière épidémie, en effet, malgré les cordons spontanément établis sur certains points, n'en a pas moins envahi presque toutes les provinces. Dans les pays où la crainte du choléra est extrême et où tandis que les uns cherchent à se sauver des lieux infectés, les autres cherchent à se défendre contre ceux-ci, l'établissement des cordons sanitaires peut faire naître des collisions dangereuses. En définitive l'utilité des cordons sanitaires est limitée à certaines conditions énoncées dans le rapport. Quant à l'opinion émise par M. Sawas qui croit que les cordons sanitaires seraient plus efficaces en Europe qu'en Orient, c'est en effet, comme il l'a dit, un paradoxe qui n'a pas besoin d'être réfuté. Les cas où, en Europe, un cordon sanitaire pourrait être appliqué avec efficacité sont en réalité très rares, tandis qu'il n'en est pas de même pour

certaines contrées de l'Orient. Ainsi, pour ne parler que de la frontière turco-persane, le passage des Kurdes d'un territoire à l'autre n'a pas les conséquences dangereuses que lui attribue M. Sawas. En réalité les Kurdes, tout en changeant de vallées, selon les besoins de leurs troupeaux, ne changent pas de pays ; ils ne voyagent pas ; ils restent dans leurs montagnes ; et c'est pour cela que le choléra, qui depuis un an règne parmi eux ne tend pas à se propager aux provinces voisines. Les Kurdes ne sont donc pas un obstacle insurmontable à l'établissement d'un cordon sanitaire de ce côté, en s'en tenant aux conditions indiquées dans le rapport.

M. Maccas ne nie pas l'importance de la distinction qu'on voudrait établir entre les cordons—cette distinction existe et le rapport l'a signalée Mais, dit-il, le rapport tout en indiquant les deux espèces différentes de cordons n'a voulu s'appesantir que sur le cordon qui a pour but de garantir et de préserver tout un pays. La Commission a cru que le cordon de l'autre espèce ne pourrait être que d'une application extrêmement restreinte. M. Maccas ne partage pas la crainte exprimée par M. Mühlig. Une disette, selon lui, ne serait guère possible, car il suffirait de prendre les dispositions nécessaires pour que des vivres pussent arriver dans le pays cerné.

M. Sawas croit que M. Fauvel ne l'ayant pas bien compris a fait d'une question générale une question toute particulière. M. Sawas déclare qu'il n'a pas eu l'intention de mettre en balance les avantages et les désavantages qui appartiennent à l'Europe et à l'Orient par rapport aux cordons. Il n'a fait qu'établir une question de possibilité, d'application et de facilité, et si M. Fauvel veut, dit-il, combattre son opinion, il faut qu'il prouve en thèse générale que toute mesure, toute loi trouve plus de facilité dans son application dans un milieu barbare que dans un milieu civilisé. M. Sawas étant convaincu du contraire soutient que les mesures les plus salutaires sont foulées au pied par les populations qui n'ont pas été habituées par une longue éducation au respect des lois. Pour ce qui concerne, continue M. Sawas, la frontière turco-persane, M. Fauvel a plaidé la cause des cordons. Forcé, dit-il, de laisser sans réponse cette partie du discours de son honorable collègue il doit s'abstenir de plaider le contre. Il s'est imposé la loi de ne pas descendre dans les détails de cette question, qui pourraient être désagréables et qu'il considère comme étant en dehors de la compétence de la Conférence.

M. Bartoletti tient à faire constater que dans le chapitre qu'on discute la question des cordons n'est pas traitée à fond. La Commission dans ce chapitre n'a pas voulu entrer dans tous les détails par la raison que cette même question est traitée dans d'autres chapitres.

M. Bartoletti croit, malgré tout ce qui a été dit, que M. Mühlig a donné une trop grande importance à la distinction des cordons.

M. le Président met aux voix le deuxième article du deuxième chapitre. Il est adopté à l'unanimité des voix, moins M. Goodeve qui s'est abstenu de voter.

La séance est levée à 4 heures.

Ordre du jour de la prochaine séance.

Suite de la discussion du rapport.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Dr NARANZI.— Bon DE COLONGUE.

N° 39.

SÉANCE DU 19 SEPTEMBRE 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 19 septembre, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa trente-neuvième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.:

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour la Belgique :

M. le Cte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour l'Espagne :

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne;

Pour les Etats Pontificaux :

M le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. B., délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople.

Pour la Grèce :

M Kalergi, secrétaire de la Légation de S M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie.

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

Pour la Prusse :

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation de Prusse, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

La séance est ouverte à midi.

Le procès-verbal de la 37me séance est lu par M. le Bon de Collongue et adopté.

Lecture est donnée de la 3me section (chapitre II) du rapport de la 2me Commission du 3me groupe.

M. le Dr Mühlig fait connaître qu'il est en mesure de produire des faits qui viennent à l'appui de la 1re conclusion, à savoir que l'isolement partout où il peut être appliqué aux premiers cas qui marquent le début d'une épidémie, est une mesure de prudence qu'aucun pays ne devrait négliger de prendre pour son salut. » Lors de l'épidémie qui a sévi en 1859 dans le Mecklembourg-Schwerim,on a procécé dans 42 localités à l'isolement des premiers cas combiné avec l'emploi de mesures de désinfection ; dans 35 de ces localités, le succès a été complet et l'épidémie ne s'est point développée, dans les 7 autres au contraire on n'a pas empêché le choléra de se répandre. Comme d'ailleurs dans 21 autres localités il n'y a pas eu développement épidémique bien que rien n'ait été fait pour isoler les premiers cas, ces faits ne sauraient évidemment être considérés comme une preuve absolue de l'efficacité des mesures d'isolement ; néanmoins ils paraissent à M. le Dr Mühlig démontrer l'utilité de ces mesures.

M. le Dr Bartoletti fait remarquer que les faits cités par M. le Dr Mühlig prouvent qu'il eût été facile d'augmenter le nombre de ceux qui ont été consignés dans le rapport. M. le Dr Bartoletti rappelle d'ailleurs que l'épidémie du Mecklenbourg est mentionnée dans le 1er chapitre du rapport.

M. le Dr Fauvel reproche au rapport d'être en contradiction avec les

opinions admises par la Conférence lorsqu'il dit (2me alinéa, page 11) qu'en 1865 l'épidémie ne se serait pas déclarée à Alexandrie pour de là envahir tout le bassin de la Méditerranée si des mesures de séquestration complète eussent été prises à Suez lorsque les pèlerins y ont apporté le choléra du Hedjaz. Il s'agit là, il est vrai, d'une simple supposition, mais le rapport ne doit pas supposer possible ce que la Conférence a déclaré impossible. Or, elle a nié formellement que la séquestration complète des pèlerins fût possible à Suez.

M. le Dr Sotto appuie ces observations : La Conférence s'est prononcée trop catégoriquement à cet égard pour que le passage signalé par M. le Dr Fauvel puisse être laissé tel qu'il est. Quant aux faits cités par M. le Dr Mühlig, M. le Dr Sotto ne les trouve pas suffisamment probants. Dans un pays comme le Mecklenbourg où l'on ne compte que 1,800 habitants par mille carré, où la population est clairsemée, où les villes et les villages sont rares et séparés par de grands espaces, souvent par des landes, on peut avoir recours aux mesures d'isolement et en attendre de bons résultats, mais il ne saurait en être de même dans des contrées plus peuplées où ces mêmes mesures seraient inexécutables et c'est le cas de la plupart des pays de l'Europe.

M. le Dr Mühlig constate qu'il n'a pas cherché à exagérer la portée de l'enseignement à tirer des faits observés dans le Mecklenbourg. Il n'est d'ailleurs question là que de l'isolement appliqué aux premiers cas constatés dans une localité atteinte du choléra et nullement, ce qui est bien différent, de la séquestration d'une localité tout entière.

M. le Cte de Lallemand croit qu'on lèverait toutes les objections en un seul mot. Au lieu de : admettons que des mesures de séquestration complète eussent été *prises* à Suez, on pourrait dire : eussent été *possibles* à Suez.

M. le Dr Bartoletti fait observer qu'il ne s'agit là que d'une simple supposition et que d'ailleurs, au point de vue du principe, la séquestration est toujours possible ; il déclare toutefois consentir à la modification proposée par M. le Cte de Lallemand.

M. le Dr Salem Bey rappelle que cette année on a pratiqué avec succès la séquestration des premiers pèlerins revenant de la Mecque. Une partie des pèlerins venus par la voie de mer a été retenue et isolée aux sources de Moïse. De même, la caravane qui avait apporté le choléra jusqu'à

Scharafat, à 6 stations de Suez, a d'abord été mise en quarantaine à Acaba, à 5 stations de Suez, puis, les vivres manquant sur ce point, aux sources de Moïse. On n'opérait pas, il est vrai, sur la masse entière des pèlerins, mais enfin la séquestration a été complète et le résultat obtenu vient à l'appui des conclusions du rapport. Le Dr Salem Bey pense que la séquestration partielle des pèlerins serait possible même à Suez.

M. le Dr Goodeve ajoute qu'il y a même peut-être peu de villes qui soient plus faciles à isoler que Suez en raison de sa situation géographique. Entourée de déserts, cette ville ne se trouve pour ainsi dire reliée au reste de l'Egypte que par la voie ferrée qui la met en communication avec Alexandrie.

M. le Dr Fauvel ne croit pas nécessaire d'entamer une discussion à ce sujet avec le Dr Salem Bey. Il se borne à faire remarquer que ce qui vient d'être dit par lui et par M. le Dr Goodeve, justifie les critiques adressées au rapport et la nécessité de la modification consentie par la Commission.

La 3me section modifiée est adoptée à l'unanimité.

Lecture est donnée de la 4me section (chapitre II.)

M. le Dr Sotto croit avec la Commission que l'interruption des communications est possible lorsqu'il s'agit d'étouffer le choléra dans un foyer restreint comme une maison, un établissement public et même un village; quant à recourir à un pareil moyen lorsque c'est d'une ville ou, à plus forte raison, d'un canton qu'il est question, M. le Dr Sotto ne pense pas qu'on puisse y songer. L'interruption des communications serait pour cette raison impraticable dans la plupart des contrées de l'Europe.

M. le Dr Bartoletti fait remarquer que le rapport est le premier à reconnaître que l'interruption des communications est un moyen héroïque qu'on ne peut toujours et partout appliquer. Contrairement à l'opinion émise par M. le Dr Sotto, il y a des cas où, comme cette année à Tibériade, on est parvenu à isoler un district tout entier. Cet exemple comme ceux du même genre qu'on pourrait citer se rapportent, il est vrai, à des pays peu peuplés, où les communications sont peu fréquentes entre les divers centres de population, mais ce sont là des conditions qui se présentent souvent dans diverses contrées, comme par exemple dans certaines parties de la Russie ainsi qu'en Turquie.

M. le Dr Mühlig donne son approbation à la 3me section sauf sur un point pour lequel il fait ses réserves. La Conférence qui a déclaré que l'inter-

ruption des communications était le seul moyen de préserver l'Europe lorsque le choléra existe en Egypte, ne peut admettre que ce moyen restrictif devienne, comme le dit le rapport, impraticable et illusoire lorsque la maladie s'est développée dans un grand port de commerce.

M. le Dr Goodeve observe que l'interruption des communications pourrait être appliquée à certaines contrées de l'Europe telles par exemple que l'Italie et l'Espagne et même à l'Europe tout entière par rapport à l'Amérique, tout aussi bien qu'à l'Egypte, du moment que l'on ne tient compte, comme l'a fait la Conférence pour l'Egypte, que des conditions géographiques. Partant de ce principe que bien entendu il n'admet pas, la Commission aurait dû, d'après M. le Dr Goodeve, proposer l'interruption des communications toutes les fois que la situation géographique le permet.

M. le Dr Fauvel répond que la Conférence n'a pas entendu poser un principe qui fût applicable partout ; en raisonnant comme le fait M. le Dr Goodeve, on arriverait évidemment à des conséquences impossibles. La Conférence a bien eu soin de spécifier : se fondant sur ce que l'Egypte est une sorte de défilé, de détroit d'où part un grand rayonnement, elle s'est demandée si sur un point aussi circonscrit, on ne pourrait pas momentanément interrompre les communications ; mais y a-t-il sous ce rapport la moindre analogie entre l'Egypte et des pays comme l'Espagne ou l'Italie qui, sans parler de leurs frontières de terre, présentent une immense étendue de côtes? M. le Dr Fauvel ne pense pas qu'on puisse soutenir sérieusement une pareille thèse.

M. le Dr Fauvel qui s'associe à la réserve formulée par M. le Dr Mühlig, signale d'ailleurs dans la 4me section deux expressions qui ne lui paraissent pas justes: 1° A la septième ligne, le mot *primitif* ne lui semble pas employé dans son vrai sens; 2° A la troisième ligne, le mot *impraticable* exclut le mot *illusoire* ; pour savoir si l'isolement dans certaines conditions est une mesure illusoire, il faut nécessairement qu'il ait été pratiqué.

M. le Prof. Bosi cite un fait qui vient à l'appui de la conclusion de la Commission. Le gouvernement Italien vient, par une mesure toute récente, de décréter l'isolement de Pavie et d'un certain nombre de localités où le choléra s'est déclaré. M. le Prof. Bosi donne son entière approbation à la conclusion qu'il trouve très-juste et qui lui paraît pouvoir recevoir des applications non prévues dans le rapport, comme par exemple lorsqu'il s'agit d'isoler un corps d'armée.

M. le Dr Maccas répond à M. le Dr Goodeve que la Conférence, en recommandant l'interruption des communications toutes les fois que les circonstances se prêtent à l'exécution rigoureuse de cette mesure, dit implicitement qu'il faudra recourir à ce moyen lorsque les conditions géographiques le permettront.

M. le Dr Bartoletti, répondant à M. le Dr Fauvel, explique que la Commission a entendu par *foyer primitif*, la localité d'un pays où le choléra fait sa première apparition. Pour prendre un exemple, lorsque le choléra a été importé en 1865 à Altenbourg, cette ville est devenue, par rapport à l'Allemagne, un foyer primitif où il aurait été possible d'étouffer la maladie. M. le Dr Bartoletti ajoute que cette partie du rapport était déjà terminée et imprimée lorsque la Conférence a discuté la question de l'interruption des communications entre l'Egypte et l'Europe. La Commission ne pouvait prévoir ce que déciderait la Conférence et cela explique l'espèce de contradiction qui a été signalée. Elle s'est d'ailleurs abstenue de parler de l'Egypte par la raison que l'étude des mesures spéciales à prendre à l'égard de ce pays était dévolue à la 3me Commission.

Le Dr Salem Bey approuve la réponse faite à la question qui forme le sujet de la 4me section. La Commission y est restée dans les limites du possible tandis que la Conférence s'était lancée dans la théorie lorsqu'elle a décidé que les communications pouvaient et devaient dans certains cas être interrompues entre l'Egypte et le bassin de la Méditerranée. Les considérations géographiques sur lesquelles s'appuie cette décision paraissent au Dr Salem Bey n'avoir aucune valeur et il persiste à nier que la mesure dont il s'agit soit d'une application possible dans la pratique.

M. le Dr Dickson explique qu'il a voté contre cette section parce que, sauf dans quelques cas tout-à-fait spéciaux, il considère l'interruption comme une mesure tout-à-fait impraticable.

M. le Dr Bartoletti répond qu'on a cependant cité en Commission des faits qui prouvent le contraire.

La 4me section est mise aux voix et adoptée à la majorité de 19 voix contre 2.

Ont voté pour: MM. Vetsera, Dr Sotto, Cte de Noidans, Dr Monlau, Dr Spadaro, Cte de Lallemand (sous la réserve des observations présentées par MM. les Drs Mühlig et Fauvel.) M. le Dr Fauvel (sous les mêmes réserves) Kalergi, Dr Maccas, Vernoni, Prof. Bosi, Keun, Dr Millingen, Dr Mühlig, (sous les mêmes réserves que M. le Cte de Lallemand, M. le

Dr Fauvel,) Dr Pelikan, Dr Bykow, Dr Bon Hübsch, Dr Bartoletti et Dr Salem Bey.— Contre MM. les Drs Goodeve et Dickson

Il est donné lecture de la 5me section.

M. le Dr Mühlig n'a pas d'objection à faire contre la visite médicale à laquelle le rapport conseille de soumettre les émigrants avant l'embarquement, mais il doute que ce puisse être un moyen efficace de contrôler leur état de santé. Il pourrait en être ainsi s'il s'agissait d'une maladie qui se manifestât, comme la peste par exemple, par des signes extérieurs ; la visite permettrait d'empêcher l'embarquement des personnes atteintes du choléra confirmé, mais comment vérifier si un individu a ou n'a pas la diarrhée prémonitoire ? M. le Dr Mühlig croit qu'on arriverait peut-être plutôt au résultat à atteindre en exigeant de chaque émigrant un certificat constatant que, depuis une semaine par exemple, il ne s'est produit dans sa santé aucun accident suspect. La note additionnelle sur les mesures d'hygiène navale applicables en temps de choléra recommandant d'interdire que les émigrants s'embarquent à bord des bâtiments qui ne sont pas disposés pour le transport des passagers, M. le Dr Mühlig se demande en finissant pourquoi le rapport ne fait pas mention de ce moyen parmi ceux qu'il conseille.

M. le Dr Fauvel reproche à la Commission de n'avoir pas assez nettement distingué entre l'émigration par terre et par mer. D'empêcher ou de restreindre l'émigration par terre, il ne peut en être question en Europe, mais pour l'émigration par mer la chose serait praticable ; M. le Dr Fauvel fait seulement jusqu'à un certain point plus de cas pour y parvenir des moyens directs. Quoi qu'on fasse, les autorités d'une localité infectée seront toujours poussées par un sentiment instinctif de conservation à favoriser l'émigration, et, d'autre part, jamais les règlements d'embarquement ne seront observés avec une rigueur suffisante. D'après M. le Dr Fauvel et il regrette que cela ne soit pas indiqué dans le rapport, on ne doit sérieusement compter pour restreindre l'émigration que sur les règlements établis par les pays qui voudront se préserver et qui dans ce but interdiront l'entrée de leurs ports à tout navire qui ne serait pas dans de bonnes conditions.

M le Dr Monlau ne trouve pas que les conclusions de la Commission soient une réponse à la question qu'elle avait à résoudre. Les mesures qu'elle conseille, bonnes en tant que mesures hygiéniques, sont illusoires envisagées comme moyen de restreindre l'émigration.

M. le Dr Bartoletti répond que la Commission, faute de mieux, s'est approprié les conclusions du rapport de la Commission chargée de l'étude des mesures d'hygiène, pensant que l'application de ces mesures pourrait jusqu'à un certain point contribuer à restreindre l'émigration. Pour ce qui est du certificat dont M. le Dr Mühlig a parlé, M. le Dr Bartoletti ne croit pas qu'il soit une garantie plus efficace que la visite médicale. L'embarquement de passagers à bord de navires marchands est enfin un cas qui se présente trop rarement aujourd'hui pour que la Commission ait jugé utile de l'interdire.

M. le Dr Sotto ne pense pas non plus qu'il y ait, au point de vue des résultats, grande différence à faire entre la visite médicale et le certificat de bonne santé. Chaud partisan de l'interruption des communications maritimes, M. le Dr Sotto n'hésite pas à déclarer que là lui paraît toujours être le véritable nœud de la question si l'on veut faire quelque chose de sérieux et d'efficace ; cependant lorsqu'il s'agit de l'Europe et tout en approuvant d'ailleurs la distinction établie par M. le Dr Fauvel, il ne croit pas plus à la possibilité de restreindre l'émigration par terre. M. le Dr Sotto votera les conclusions du rapport, mais sans croire beaucoup à l'efficacité des mesures proposées.

M. le Cte de Lallemand fait observer que la faiblesse de ces moyens tient à la difficulté même de limiter l'émigration.

M. le Prof. Bosi pense qu'on sera peut-être forcé d'arriver à réglementer l'émigration par terre pour prévenir les désordres auxquels elle donne quelquefois lieu ainsi que cela s'est vu, par exemple, en Italie l'année dernière et notamment à Ancône.

La 5me section est mise aux voix et adoptée à l'unanimité moins une voix, celle de M. le Dr Millingen qui s'abstient.

Il est donné lecture de la 6e section (chapitre III, *Lazarets*.)

M. le Dr Mühlig fait ses réserves sur deux points de cette section : 1° Il ne lui paraît pas exact de dire qu'un sol poreux et d'alluvion est susceptible de devenir un réceptacle de germes morbifiques : un sol dans ces conditions est éminemment favorable au développement épidémique du choléra, voilà ce qu'il faudrait dire. 2° Le passage où il est question des sols palustres qui sont représentés comme propres par leur nature et dans des circonstances données à activer le dégagement du principe cholérique, paraît à M. le Dr Mühlig pouvoir donner lieu à un malentendu : il se

demande si on ne pourrait pas en tirer cette conclusion que le choléra dans nos contrées peut naître spontanément dans certaines conditions.

M. le Dr Bartoletti répond que ce passage s'appuie sur l'opinion généralement accréditée que les émanations d'un sol palustre combinées avec l'importation du principe cholérique ne peuvent qu'*activer* le développement épidémique du choléra.

M. le Dr Goodeve ne connaît aucun fait qui le prouve d'une manière certaine. Il lui eût paru, pour ce motif, préférable que le rapport se fût contenté de dire qu'il faut éviter les sols palustres sans en donner la raison, et en supprimant par conséquent le reste de la phrase.

M. le Dr Maccas explique que la Commission devait conseiller d'éviter les sols palustres par cela seul qu'ils sont l'opposé des sols rocheux et granitiques reconnus par tout le monde comme étant ceux qu'on doit choisir de préférence lorsqu'il s'agit de déterminer l'emplacement d'un lazaret.

Il est donné lecture de la 7me section, mais la discussion, vû l'heure avancée, est remise à la prochaine séance.

La séance est levée à 4 h. 1/2.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Bon de Colongue.— Dr Naranzi.

N° 40.

SÉANCE DU 20 SEPTEMBRE 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil huit-cent-soixante-six, le 20 septembre à midi, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa quarantième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A :

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour le Danemark :

M. le Ch[er] Dumreicher, consul-général de S. M. le Roi de Danemark à Alexandrie.

Pour l'Espagne :

M. le Docteur MONLAU, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M le Docteur IGNACE SPADARO ;

Pour la France :

M. le comte de LALLEMAND, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur GOODEVE, chirurgien-major de l'armée des Indes médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. DICKSON, médecin de l'Ambassade de S. M. B., délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople.

Pour la Grèce :

M KALERGI, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. MACCAS, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. VERNONI, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie.

M. le professeur FRÉDÉRIC BOSI ;

M. le Docteur G. SALVATORI, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. KEUN, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur MILLINGEN, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

M. le Docteur SAWAS EFENDI, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité à Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

Pour la Prusse :

M. le Bon TESTA, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation de Prusse, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation à Constantinople ;

M le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. Exc. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

M. le Dr Naranzi, l'un des secrétaires, donne lecture du procès-verbal de l'avant-dernière séance (n° 38—17 septembre) qui est adopté à l'unanimité.

L'ordre du jour portant la suite de la discussion du rapport de la deuxième Commission, S. Exc. le Président donne la parole à M. Bartoletti rapporteur.

M. Bartoletti rappelle qu'à la dernière séance on a donné lecture du rapport jusqu'à page 20. La discussion doit porter sur le 7me article du 3me chapitre qui a pour titre: question des lazarets.

Sur la proposition de M. Mühlig il est décidé d'entreprendre la discussion de ce chapitre paragraphe par paragraphe.

M. Monlau demande à faire quelques observations sur le 7me article.

Dans la construction des lazarets, dit il, l'hygiéniste doit avoir en vue non-seulement l'architecture de l'édifice quarantenaire mais aussi l'emplacement sur lequel il est assis. Cet emplacement, au double point de vue de l'hygiène et de l'esthétique, doit être embelli par des plantations d'arbres, par un jardin. Jusqu'à ce jour les lazarets, fait observer M.

Monlau, ont été aussi tristes que des prisons — il importe, selon lui, d'en rendre le séjour moins triste, moins ennuyeux que possible, et on peut facilement parvenir à les rendre gais et agréables, par l'adoption des plantation d'arbres, tout autour ou près de l'édifice. C'est un point très-important, et M. Monlau recommande avec instance de s'en occuper sérieusement.

M. Fauvel ne nie pas les avantages des plantations et des jardins, mais il croit qu'il serait difficile de tout concilier. Avant toute chose, dit-il, c'est la santé publique qu'il importe de bien garantir. Partant de ce principe, la Commission a signalé très-soigneusement les conditions nécessaires pour rendre les lazarets salubres. Or, les conditions qu'elle a cru spécifier, et la nature de l'emplacement qu'elle a recommandé de choisir ne peuvent pas, selon M. Fauvel, se prêter aux plantations. En effet, fait il remarquer, la Commission a établi qu'il faut avant tout donner la préférence à des îles désertes. Ces îles désertes ne pourraient être, on le comprend bien, dit M. Fauvel, que des îlots arides, rocheux, dépourvus de toute végétation. Comment donc, pourrait-on les embellir selon les vues de M. Monlau par des jardins, par des plantations d'arbres ?

M. Maccas fait observer que la commission s'est bornée à énumérer et à spécifier tout ce qu'elle a cru indispensable pour un bon lazaret. Si elle n'a pas mentionné les jardins et les plantations, ce n'est pas parce qu'elle les rejette ou qu'elle les exclue comme inutiles et d'aucun avantage, mais uniquement parce qu'elle ne les considère pas d'une nécessité absolue.

M. Goodeve se prononce contre la proposition du rapport qui recommande de faire purger quarantaine sous des baraques et surtout sous des tentes. M. Goodeve est loin de voir les avantages que la Commission leur attribue, et il ne croit pas qu'elles puissent être préférables aux constructions en maçonnerie. Contrairement à ce qu'il est dit dans le rapport, M. Goodeve pense qu'en Orient surtout il serait très-dangereux de passer une saison chaude sous des tentes. M. Goodeve estime qu'il est absolument nécessaire de bâtir des maisons, ou de faire, d'après le système adopté dans les Indes pour le logement des soldats, de grandes baraques qui puissent dans des climats torrides, tel que celui de la mer Rouge, garantir de l'ardeur du soleil Qu'on n'oublie pas, dit-il, que parmi les quarantenaires, il y aura beaucoup d'individus des contrées du Nord qui ne sont pas habitués à la force du soleil.

M. Bartoletti fait observer à M. Goodeve que les habitudes des Orientaux comportent parfaitement le campement sous des tentes. Il sait cela par expérience, s'étant trouvé dans des pays très chauds qui sont parcourus par les pèlerins. A Bagdad, par exemple, où la température est très-élevée, il a vu tous les pèlerins camper sous des tentes, ils font la même chose dans toute la Mésopotamie où ils passent de longs mois. Du côté du Hedjaz, ajoute M. Bartoletti, les pèlerins voyagent toujours en plein air, et des constructions en maçonnerie n'y existent pas. M. Bartoletti est d'avis qu'en Orient surtout le campement sous des tentes est plus facile et plus avantageux que le séjour dans des maisons. Ceux qui connaissent les habitudes des pèlerins ne peuvent point douter, dit M. Bartoletti, que le campement sous des tentes sera toujours préféré par eux

M. Salem Bey aussi est de l'opinion de la Commission. Les pèlerins dit-il, préfèrent camper sous des tentes, c'est dans leurs habitudes qui ne se prêtent guère à la vie en commun. Ces tentes, surtout celles qui appartiennent aux riches et à la classe aisée offrent toutes les conditions voulues pour se garantir du soleil.

M. Bykow croit que les observations de M. Goodeve sont en opposition avec ce qui se pratique aux Indes. En temps d'épidémie, dit-il on fait évacuer les casernes et on dresse des tentes pour y faire camper les soldats. Donc, là aussi on donne la préférence aux tentes.

M. Goodeve avoue que cela se pratique dans les Indes, mais pour la raison qu'étant obligés de faire évacuer les casernes pour les purifier, et les soldats devant changer de campement tous les deux ou trois jours — il n'y a d'autre moyen que de dresser des tentes pour les abriter. On conçoit, dit M. Goodeve, qu'il serait matériellement impossible d'improviser du jour au lendemain des constructions en maçonnerie ou en bois pour y faire loger les soldats dès qu'ils quittent les casernes. C'est donc une nécessité qui ne peut guère servir de règle ou de loi.

M. Sawas revient sur la proposition de M. Monlau pour appeler toute l'attention de la Conférence sur le sort des quarantenaires. Il connaît par expérience le séjour des lazarets, il a eu maintes occasions de voir de près leur tristesse, et l'ennui, les privations auxquelles les contumaces sont condamnés, pendant leur long séjour dans ces habitations plus tristes que des prisons, et il considère de la plus haute importance de changer de système en recommandant à la sollicitude des Gouvernements ceux qui sont obligés

de purger quarantaine. On sait par expérience, dit M. Sawas, et les journaux nous ont plusieurs fois renseignés sur l'état désolant des lazarets des pays qui l'année passée avaient réussi, grâce à des mesures sévères, à se préserver du choléra. Soulager les reclus d'un lazaret, les malades et les convalescents est une tâche, dit M. Sawas, de haute humanité et digne de préoccuper une assemblée essentiellement humanitaire telle que la nôtre. Quant à la question des jardins, M. Sawas ne la trouve point au-dessous du décorum de la Conférence ni sans importance et quant à la difficulté de les établir il ne la considère pas comme insurmontable, exemple le jardin public de Malte.

Après ces observations, l'article 7, jusqu'au premier paragraphe, est mis aux voix et adopté à l'unanimité, sous le bénéfice des réserves faites par MM. Monlau et Goodeve.

A propos du 1er paragraphe M. Fauvel désire savoir si la Commission a eu la pensée de tracer un plan d'architecture, une espèce de type pour la construction des lazarets. D'après la description qu'elle en donne, et les détails dans lesquels elle descend, il paraîtrait que telle a été son idée. Elle fixe à quatre parties ou compartiments la division des maisons, elle énumère les fenêtres, et détermine la distance qui doit séparer chaque pavillon. Tout cela ferait croire, dit-il, qu'elle a voulu présenter un type, car si telle n'a pas été son idée elle aurait excédé en détail. Pourquoi quatre compartiments et pas plus ? pourquoi 20 mètres de distance entre chaque pavillon, et 100 mètres entre chaque rangée de pavillons ? Quelle est la raison de tout cela, se demande M. Fauvel, et quel est le système de la Commission ? M. Fauvel estime que la Commission aurait dû se borner à poser des principes, en laissant aux architectes le soin de donner à l'édifice la meilleure distribution possible.

M. Bartoletti répond à M. Fauvel que la Commission a pris pour point de départ le minimum fixé par la Conférence comme distance pour le logement des quarantenaires (voir à page 29 du rapport-général, 13me paragraphe.) La Commission n'a pas eu la prétention de proposer un type, et elle s'est contentée d'indiquer certaines conditions indispensables. Si elle a parlé de quatre compartiments, elle n'a pas exclu qu'il puisse y en avoir davantage si cela est nécessaire. Elle a cru que quatre compartiments étaient nécessaires pour bien séparer et isoler les différentes catégories des quarantaines d'abord en petits groupes et ensuite pour séparer

en groupes plus grands les malades de différentes catégories provenant des différents groupes.

M. Maccas à l'effet de faire ressortir l'idée principale qui a guidé la Commission dans le plan qu'elle a tracé ajoute quelques mots aux explications données par M. Bartoletti. Ce plan n'a pas été proposé comme un type, et la Commission n'a eu d'autre intention que de donner un exemple de construction devant servir de lazaret. La Commission en posant les bases de l'édifice quarantenaire a eu principalement en vue la complète séparation des provenances—séparation qui ne pourrait offrir de garanties bien sérieuses si on négligeait de laisser entre les différentes catégories des provenances des espaces suffisants pour que la maladie ne puisse en aucun cas se propager de groupe à groupe.Voilà dit M. Maccas, dans quel but ont été établies les principales divisions. Vingt mètres, selon la Commission, peuvent parfaitement garantir les petits groupes.

M. Goodeve demande si ces divisions seront maintenues par des grilles ou par toute autre barrière solide.

M. Maccas dit que la Commission a cru que des gardes *ad hoc* qui seront obligés de suivre partout et toujours les quarantenaires pourront prévenir toute communication entre les différentes provenances.

M. Fauvel fait remarquer qu'en pareilles circonstances la surveillance des gardes ne pourrait pas offrir de garanties suffisantes. M. Fauvel conseille d'établir des séparations solides et en même temps agréables.

M. Goodeve fait une autre remarque. Il serait d'après lui important et nécessaire d'indiquer combien de pieds de superficie on donnerait à chaque quarantenaire.

M. Fauvel aussi trouve nécessaire cette indication et propose de fixer un minimum cube de superficie pour chaque quarantenaire.

M. Maccas croit que l'hygiène a déjà établi combien de pieds de superficie sont nécessaires à chaque quarantenaire; et on leur en donnera le maximum.

Sur la proposition de M. Goodeve, appuyée par M. Dickson et Fauvel, il est décidé de fixer le minimum de la superficie pour chaque quarantenaire à 10 pieds carrés, avec 15 pieds de hauteur. Chacun d'eux aurait par conséquent, 1,500 pieds cubes.

Le premier paragraphe est mis aux voix et adopté à l'unanimité, sous le bénéfice des réserves faites.

M. Mühlig demande à faire quelques observations sur le second paragraphe. L'hôpital, il est dit dans le rapport, serait divisé en deux compartiments dont l'un devant servir aux cholériques, l'autre aux malades affectés de simple diarrhée.

M. Mühlig est d'avis qu'outre l'hôpital pour les cholériques, on devrait établir dans l'enceinte du lazaret mais loin de ce logement un hôpital d'observation. Il serait imprudent, pense-t-il, de consigner dans l'hôpital des cholériques, sur un simple soupçon, un malade dont la diarrhée cholérique n'a pas été bien constatée. Cela ne pourrait qu'être bien dangereux pour lui, et il serait prudent de le tenir à part et sous observation jusqu'à ce que la diarrhée soit bien constatée.

A cela M. Bartoletti répond que le rapport a déjà fixé que l'hôpital doit avoir deux compartiments — l'un pour le choléra confirmé; l'autre pour les diarrhées. Si la diarrhée, fait-il remarquer, a été dûment constatée on transportera immédiatement le malade dans le compartiment des cholériques.

M. Mühlig fait observer qu'il est probable qu'il ne sera pas toujours possible de constater d'emblée la présence d'une diarrhée parmi les quarantenaires, qui tâcheront de la dissimuler. Il faudrait donc pour les individus soupçonnés d'avoir la diarrhée un endroit spécial où ils seraient soumis à une observation médicale plus attentive. Ils ne seraient dès lors envoyés à l'hôpital des cholériques ou des diarrhéïques qu'après avoir acquis la certitude que la diarrhée soupçonnée existe réellement. Si d'un côté, dit M. Mühlig, il est dangereux de laisser parmi les quarantenaires des personnes sur lesquelles plane le soupçon de la maladie, il serait de l'autre côté cruel de les envoyer sur un simple soupçon, au milieu d'un foyer cholérique. C'est pour cette raison, qu'il a proposé un hôpital d'observation dans l'enceinte du lazaret et loin de l'hôpital des cholériques.

M. Goodeve fait aussi voir qu'il y aurait nécessité absolue d'établir loin de l'hôpital des cholériques, un hôpital pour les convalescents. Ceux qui commencent à se remettre de leur maladie ne pourraient pas sans danger continuer à vivre parmi des cholériques. Il faudrait aussi ériger un autre hôpital pour toutes les autres maladies infectieuses.

Selon M. Maccas, les observations faites par M. Mühlig et Goodeve se trouvent réfutées dans le texte du rapport. L'hôpital, il y est dit, doit avoir

deux compartiments principaux, mais il y aura aussi, selon le rapport, plusieurs pavillons séparés. La Commission, fait observer M. Maccas, a signalé le point le plus important, à savoir la séparation des cholériques d'avec les non-cholériques. Elle a cru superflu d'en dire davantage.

M. Bykow propose de faire trois compartiments principaux : 1° pour les cholériques ; 2° pour les diarrhéïques ; 3° pour toute autre maladie : les diarrhées douteuses pourraient être tenues en observation dans un endroit séparé du dernier compartiment.

M. Mühlig fait remarquer que vouloir séparer un seul édifice en plusieurs compartiments n'atteint pas le but de la Conférence, car ce serait toujours dans un seul et même édifice qu'on placerait toute sorte de malades. Or, il est nécessaire que les malades non cholériques soient séparés autant que possible des cholériques, et qu'ils ne vivent pas dans leur atmosphère. Cette séparation, d'après M. Mühlig, ne pourrait jamais s'obtenir par de simples cloisons.

M. Dickson ne croit pas qu'un hôpital pour les convalescents soit indispensable, parce qu'ils pourraient, sans aucun danger, être placés dans une des maisons attachées à l'hôpital. Pour M. Dickson le point le plus important consiste à établir, deux hôpitaux distincts — l'un pour les cholériques — et l'autre pour les non-cholériques.

S. Exc. le Président met aux voix le deuxième paragraphe. Il est adopté à l'unanimité, sauf les réserves faites.

Les paragraphes 3 et 4 sont adoptés à l'unanimité.

Au sujet du 5me paragraphe où il est dit que le prix des logements des trois catégories sera fixé par un règlement et sera différent selon les différentes catégories, M. Goodeve fait remarquer que très souvent parmi les quarantenaires se trouvent des individus tout-à-fait indigents. N'ayant pas le sou, comment pourraient-ils payer ? M. Goodeve propose de destiner à cette classe d'individus une partie des baraques, et de les y loger sans exiger aucun payement.

En outre, dit M. Goodeve, si on veut fixer trois prix différents, il faudrait aussi établir des logements bien différents et en harmonie avec la dépense.

M. Monlau appuie la proposition de M. Goodeve au sujet des pauvres. Il ajoute que pour établir trois classes de personnes, dont il a été question, il faudrait que cette distinction en trois classes portât aussi sur les trois

catégories des quarantenaires dont chacune sera tenue séparée des autres.

M. Bartoletti, en réponse à M. Goodeve, dit qu'il est sous-entendu que les logements seront plus ou moins luxueux et en rapport avec les prix fixés. Ces trois classes de logements resteront les mêmes pour toutes les classes des quarantenaires.

M. Kalergi serait d'avis de supprimer ce paragraphe. Comme ce n'est pas l'hygiène, dit-il, qui exige les trois classes de logements et que cela dépendra des autorités ou des gouvernements qui présideront à l'érection de ces logements, la Conférence n'a rien à établir là dessus, et cette question échappe à sa compétence.

M. Dumreicher croit que l'on devrait se limiter à fixer le maximum de la dépense pour chaque quarantenaire ayant en vue l'espace et les commodités indispensables qu'on lui offrirait. Pour les riches ou les personnes aisées qui voudraient s'entourer de luxe ou de beaucoup de commodités, dans les limites bien entendu des moyens de la localité, il devrait y avoir un tarif à part, qui fixerait le surplus à payer pour les objets extra qu'on voudrait se procurer.

M. Sawas désire qu'on exprime d'une manière très-accentuée que les indigents seront hébergés gratis.

M. le Président met aux voix le 5me paragraphe. Il est adopté à l'unanimité des voix, sous le bénéfice des réserves faites, moins une abstention — celle de M. de Dumreicher.

M. Fauvel demande une explication sur le 6me paragraphe. Il voudrait savoir au juste ce qûe la Commission a entendu par le mot hôtellerie. Serait-ce une auberge, un restaurant où l'on va manger, boire et s'installer? il ne le pense pas, car ce serait exposer les quarantenaires, qu'on a le plus grand intérêt à tenir séparés et isolés, à des dangers très-grands. Ces dangers devraient inévitablement résulter de la fréquence des rapports entre les quarantenaires des différentes catégories. On sait qu'à Pesth les communications de ce genre ont été le grand moyen de compromission. M. Fauvel comprend qu'il y ait un magasin, un établissement pourvu de vivres et d'approvisionnements où chaque quarantenaire puisse acheter sa nourriture. Mais dans ce cas, il ne serait pas question d'hôtellerie: cet établissement serait de la nature de ceux qu'on appelle cantine. D'après M. Fauvel, l'entrée de l'hôtellerie devrait être interdite à tout quarantenaire.

M. Sawas croit que le rapport n'a pas manqué de donner la définition du mot hôtellerie, et la Commission d'après lui, s'est très-nettement expliquée à ce sujet. C'est un établissement, qu'on l'appelle hôtellerie ou cantine, le mot importe peu, dit M. Sawas, où les quarantenaires trouveront par rapport à la nourriture, tout ce qu'il leur faut. La Commission, ajoute-t-il, a eu soin de prévenir que les desservants de l'hôtellerie ne pourront dans aucun cas se mettre en communication avec les quarantenaires.

M. Bartoletti donne quelques explications à ce sujet. La Commission, dit-il, a entendu par le mot hôtellerie un établissement qui puisse fournir, préparer et servir les vivres et les mêts nécessaires aux quarantenaires. Ces établissements ont de tout temps existé en Europe, où des restaurants en dehors de l'enceinte des lazarets fournissent aux quarantenaires tout ce dont ils ont besoin. Ce service se fait de manière à ce que les desservants n'aient aucune communication avec les quarantenaires. En Orient aussi des restaurants en dehors de l'enceinte du lazaret ou même des bachals ne manqueraient pas d'établir, par esprit de spéculation, des rapports indirects avec les quarantenaires.

M. Goodeve ne comprend pas que des établissements comme ceux dont vient de parler M. Bartoletti puissent fournir aux quarantenaires tout ce qu'ils désirent se procurer. Ces établissements ne pourraient au surplus établir des rapports qu'avec les quarantenaires aisés, mais pour les pauvres qui se trouveraient dans l'impossibilité d'établir des communications en dehors du lazaret il y a nécessité absolue de leur procurer moyennant des magasins ou bazars établis dans l'intérieur même de l'enceinte du lazaret, les vivres et la nourriture qui leur sont nécessaires. En outre, M. Goodeve a appris et aux Dardanelles et ailleurs qu'il y a très souvent dans les lazarets de l'Orient des individus qui n'ont pas les moyens de pourvoir à leur nourriture. Il serait donc nécessaire, pense-t-il, pour qu'ils ne soient pas à la charge des autres quarantenaires, que le strict nécessaire leur fût fourni par le gouvernement.

On a tantôt reproché à la Commission, dit M. Bartoletti, d'avoir voulu faire trop de détails et maintenant on trouve qu'elle n'a pas assez dit. La Commission, sachant que tout ce qu'on pourrait ajouter est du ressort et de la compétence des gouvernements, n'a pas voulu descendre, dans son rapport, dans des détails superflus.

M. Maccas croit que la crainte exprimée par M. Fauvel au sujet des communications qui pourraient s'établir entre les quarantenaires et les desservants de l'hôtel n'est pas possible, vu que dans le rapport toute communication entre eux est sévèrement interdite.

Quant aux bazars, dit M. Maccas, proposés par M. Goodeve, c'est un détail qui ne pourrait guère préoccuper la Commission, étant uniquement l'affaire des commerçants de les établir, s'ils y trouvent leur compte, et cela en vertu d'une autorisation spéciale de la part du gouvernement local, qui aurait tout intérêt à l'accorder pour pourvoir à la nourriture des pauvres.

M. Goodeve fait observer à M. Maccas que le devoir de la Conférence est de rechercher tous les moyens capables de rendre les lazarets un séjour aussi commode et aussi agréable que possible. Elle doit donc soigneusement écarter tous les éléments nuisibles. Livrer ces établissements à l'esprit du commerce serait, selon M. Goodeve, exposer les pauvres à une dure condition. Le lazaret qui sera établi à Bal-el-Mandeb et qui sera en grande partie occupé par des pauvres et des indigents qui voudront probablement faire cuire dans le vase dont ils sont tous pourvus les vivres qu'ils auront achetés à bas prix, ne comporte pas le système qu'on recommande.

D'après M. Bykow il suffirait de dire que le lazaret sera pourvu de vivres, et que les quarantenaires n'entreront pas en communication avec ceux qui les débitent.

M. Mühlig aussi se prononce dans ce sens. Il importe grandement, dit-il, d'exclure les bazars de l'enceinte des lazarets, car les dangers seraient nombreux et incessants. Que l'on établisse des magasins fournis de vivres pour toutes les classes de quarantenaires en dehors de l'enceinte du lazaret et qu'on rende celui-ci un séjour autant que possible agréable mais offrant les garanties voulues.

M. Sawas se demande si M. Goodeve dont l'idée n'est pas certes d'établir dans les lazarets un centre de commerce, mais de venir en aide aux pauvres par des bazars de vivres organisés par l'autorité locale, a pesé tous les inconvénients et les difficultés qui s'opposeraient à ce que les pauvres puissent faire leur cuisine seuls et à part. Ces difficultés sont aussi nombreuses, dit M. Sawas, dans les lazarets que dans les prisons : il n'y a donc pas lieu de songer à donner aux pauvres les facilités voulues pour leur

cuisine. Ils n'ont qu'à oublier leur vase pendant leur séjour dans le lazaret, et qu'il leur suffise d'y trouver à bon marché les vivres strictement nécessaires.

M. Monlau croit nécessaire de déterminer aussi la qualité des vivres destinés aux quarantenaires. La nourriture dans les lazarets, selon lui, est une chose très-importante, car il y a des substances alimentaires qu'il importe d'interdire pendant une épidémie.

M. Dickson croit qu'il serait aussi nécessaire d'établir quelques mesures pour les décès qui auraient lieu dans le lazaret. Le rapport, dit-il, ne parle pas du lieu d'enterrement.

M. Stenersen considère tous ces détails comme superflus. Il fait observer à M. Monlau que si on voulait procéder d'après son système, il faudrait dire aussi si les quarantenaires doivent porter de la flanelle et autres choses pareilles.

Après quelques autres observations et explications il est décidé de mettre aux voix le sixième paragraphe.

Il est adopté à l'unanimité, sauf les réserves faites.

Le septième paragraphe est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

Au sujet du huitième paragraphe, M. Monlau signale une lacune. Il n'est pas question de la vigilance à exercer relativement aux navires en quarantaine. Cette vigilance, d'après M.Monlau, est absolument nécessaire vu la contrebande sanitaire et commerciale qui se pratique dans beaucoup de lazarets. M. Monlau n'exige pas qu'on établisse un blocus pour les navires en quarantaine, mais il croit nécessaire d'établir une vigilance sévère du côté de la mer. Le système quarantenaire, fait-il observer, s'il n'est pas rigoureux ne sert absolument à rien.

M. Bartoletti trouve très juste l'observation de M. Monlau, toutefois il la considère comme déplacée, vu qu'il ne s'agit dans ce paragraphe que de l'intérieur des lazarets.

Le huitième paragraphe est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

Le neuvième paragraphe est mis aux voix. Après une observation de M. Fauvel, qui voudrait que l'on dit qu'il faut deux débarcadères *au moins* pour chaque lazaret, il est adopté à l'unanimité.

A propos du 10[me] paragraphe plusieurs orateurs demandent la parole.

M. Pelikan croit que les parloirs sont indispensables pour certains cas exceptionnels, pour certains cas criminels par exemple. Il se prononce

par conséquent pour le maintien des parloirs, mais il serait d'avis d'en restreindre autant que possible les visites ordinaires.

M. Monlau estime qu'il serait presque impossible de supprimer les parloirs et de défendre les visites. Il pense qu'on a exagéré les raisons qui militent en faveur de la suppression des parloirs et de la défense des visites et il opine qu'on pourrait sans inconvénients les maintenir.

M. Maccas fait connaître qu'il avait en Commission partagé l'opinion de M. Pelikan et que par erreur son nom n'a pas été mis dans le rapport à côté de celui de son collègue. Bien qu'il soit partisan, dit M. Maccas, de la plus grande sévérité en matière de quarantaine, il ne trouve pas qu'il soit possible de supprimer, d'une manière absolue, les parloirs.

M. Dickson, de son côté, déclare qu'il a été un de ceux qui avaient contesté l'utilité des parloirs qu'il considère comme très-dangereux, parce qu'il croit qu'il serait impossible de bien cerner la maladie tant qu'ils existent. Il propose donc leur suppression, et pour des cas exceptionnels, dit-il, les quarantenaires pourraient selon lui parler avec les personnes du dehors sous la surveillance de l'autorité.

M. Goodeve estime que les parloirs devraient être maintenus puisqu'ils ne pourraient à son avis présenter aucun danger si on suivait certaines règles de précaution et certaines conditions de surveillance qu'il serait aisé d'y établir.

M. Bosi se prononce dans le sens de M. Dickson dont les idées, dit-il, sont celles de la plupart des membres de la Commission. Il ajoute que la transmission pouvant se produire par les voies aériennes, toutes les précautions seraient insuffisantes dès qu'on approcherait un individu suspect. On a parlé, dit M. Bosi, de cruauté, mais il serait beaucoup plus cruel d'exposer un homme sain à contracter le choléra que de lui défendre de parler avec les personnes du dehors.

M. Sotto considère aussi les parloirs comme indispensables. Il y a, dit-il, une foule de circonstances qui les réclament et comme il ne voit pas les inconvénients qu'on leur attribue il se prononce pour leur maintien.

M. Bartoletti donne quelques explications à ce sujet.

L'idée, dit-il, qui prédomine dans cet article est l'isolement. D'après la manière de voir de la majorité de la Commission, on a conseillé la suppression des parloirs pour ne pas compromettre les visiteurs et pour ne pas favoriser la propagation du choléra.

M. Monlau vient à l'appui des paroles de M. Bartoletti. L'arraisonnement, dit-il, commence par un rapprochement entre des personnes suspectes et des personnes qui ne le sont pas. Ce rapprochement n'a jamais produit, qu'il sache, aucun inconvénient et il ne connait aucun exemple de transmission par les voies aériennes ni pour la peste, ni pour la fièvre jaune, ni pour le choléra.

M. Bartoletti fait observer à M. Monlau qu'il se prononce d'une manière trop absolue — il voudrait savoir s'il possède des documents à l'appui de son opinion.

M. Maccas rappelle que les lazarets seront établis sur une île inhabitée ou dans un endroit très distant de la ville. Donc les communications entre la ville et le lazaret ne pourront être ni fréquentes ni faciles. Pour que les parloirs, ajoute M. Maccas, aient été jusqu'à ce jour maintenus il faut qu'il y ait des raisons bien fortes en leur faveur. Qu'on réfléchisse aussi, dit il, que la transmissibilité du choléra n'est possible qu'à une distance donnée et grâce à un air confiné. Qu'on établisse donc les parloirs en plein air et que l'on détermine la distance à laquelle le quarantenaire pourra parler à la personne du dehors et alors on aura pleine et complète garantie.

M. Keun se prononce contre les parloirs. Il cite un fait qui est arrivé à Smyrne lors de la dernière épidémie cholérique. Après deux ou trois cas qui avaient eu lieu dans le lazaret, la maladie étant, deux jours plus tard, propagée en ville, l'opinion générale avait attribué cette propagation à un individu qui avait été auparavant au parloir du lazaret. M. Keun opine qu'il serait inutile et même dangereux de maintenir les parloirs.

Sur la demande de plusieurs membres, S. Exc. le Président met aux voix le 10me paragraphe.

Il est adopté à l'unanimité, sauf les réserves faites.

La séance est levée à 4 1/2 heures.

Ordre du jour de la prochaine séance.

Suite et discussion du rapport de la 2me Commission.

Le Président de la Conférence Sanitaire,

SALIH.

Les Secrétaires.

Dr Naranzi.— Bon de Colongue.

N° 41.

SÉANCE DU 22 SEPTEMBRE 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 22 septembre, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa quarante-unième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.:

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien ;

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur MONLAU, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M le Docteur IGNACE SPADARO ;

Pour la France :

M. le comte de LALLEMAND, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur GOODEVE, chirurgien-major de l'armée des Indes médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. DICKSON, médecin de l'Ambassade de S. M. B., délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople.

Pour la Grèce :

M KALERGI, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. MACCAS, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. VERNONI, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie.

M. le professeur FRÉDÉRIC BOSI ;

Pour les Pays-Bas :

M. KEUN, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur MILLINGEN, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

M. le Docteur SAWAS EFENDI, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité à Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation de Prusse, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation à Constantinople ;

M. le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

La séance est ouverte à midi.

Le procès-verbal de la 39me séance est lu par M. le Bon de Collongue et adopté.

M. le Dr Sawas déclare que s'il avait pu assister à cette séance, il aurait voté comme MM. les Drs Goodeve et Dickson contre la 4me section du rapport *Interruption temporaire des communications, etc.*

La discussion est reprise au point où elle avait été interrompue à la fin de la dernière séance, c'est-à-dire au § 11 de la 7me section (chapitre III.)

M. le Dr Bykow n'admettant pas que les animaux vivants puissent transmettre le choléra aux hommes, ne croit pas nécessaire de les soumettre à des mesures de purification, et, par conséquent, d'établir dans les lazarets des écuries et des hangars spécialement destinés à les recevoir.

M. le Dr Sotto trouve que le rapport n'entre pas dans assez de détails relativement aux mesures auxquelles on devra soumettre les animaux dans les lazarets. C'est là une question importante qui lui paraîtrait avoir besoin d'être éclaircie.

M. le Dr Millingen ne voit pas de raison pour retenir les animaux vivants du moment qu'on ne connait pas de faits qui prouvent qu'ils puissent être des agents de transmission.

M. le Dr Bartoletti répond qu'il ne s'agit dans le § en discussion que du local, de l'enclos, qu'il faut dans tout lazaret réserver pour les animaux vivants. La question des mesures de précaution à prendre à leur égard sera traitée ultérieurement dans un autre chapitre du rapport.

Le § 11 est mis aux voix et adopté à l'unanimité moins une voix, celle de M. le Dr Millingen qui vote contre.

M. le Dr Monlau trouve que la Commission passe trop rapidement sur

la question des latrines, question qui fait l'objet du § 12. Les lazarets devant de préférence être construits sur un terrain de plain-pied et étant donné aussi que des centaines de quarantenaires peuvent s'y trouver réunis à la fois, M. le Dr Monlau craint que l'installation des fosses mobiles ne rencontre de grandes difficultés : il lui paraîtrait préférable que chaque quarantenaire eût un vase particulier et aussi que les déjections fussent jetées à la mer plutôt que de les enterrer comme le conseille la Commission, ce qui aurait le grave inconvénient d'infecter le sol.

M. le Dr Bartoletti répond que c'est après de longues discussions que la Commission a donné la préférence au système des fosses mobiles. L'usage des vases particuliers, bon dans un hôpital, présente des difficultés dans un lazaret en raison précisément du grand nombre des quarantenaires. La neutralisation des déjections est d'autre part plus aisée et plus sûre dans les fosses mobiles préalablement chargées de matières désinfectantes. Les déjections ayant enfin été désinfectées et neutralisées, on peut sans danger les enterrer dans le sol.

Le § 12 est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

M. le Dr Mühlig ne combat pas le système des catégories (§ 13) tel que le comprend la Commission, seulement il se demande jusqu'à quel point ce système, bon en principe, pourrait être appliquable dans la pratique. Rigoureusement et en le poussant jusqu'à ses extrêmes conséquences, il faudrait séparer les arrivages de chaque jour et de chaque navire en les classant même d'après le degré de suspicion. Or, ce n'est évidemment possible que dans certaines limites. M. le Dr Mühlig est d'avis qu'on pourrait établir trois catégories, la 1re comprenant les arrivages des navires ayant ou ayant eu des malades à bord ; la 2me ceux des navires n'ayant pas eu de malades pendant le voyage, mais n'ayant fait qu'une courte traversée, par exemple de moins de 15 ou 16 jours ; la 3me enfin ceux des navires, également sans accidents à bord, mais dont le nombre des jours de traversée dépasserait le chiffre ci-dessus indiqué.

M. le Dr Bartoletti explique que la Commission n'a fait que poser les bases de la séparation par catégories. C'est aux autorités sanitaires à opérer, ainsi que de raison, cette séparation. La disposition des lazarets telle qu'elle est recommandée par la Commission leur en fournira les moyens. Le § 13 est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

M. le Dr Mühlig ne croit pas suffisant le nombre de 3 médecins pour

chaque lazaret que la Commission propose dans le 14me §. Il en faudrait au moins quatre pour avoir un remplaçant en cas d'accident.

M. le Dr Goodeve trouve que deux suffiraient au contraire dans certains lazarets d'une importance secondaire.

M. le Dr Fauvel voudrait qu'on ne fixât aucun chiffre. C'est à l'autorité sanitaire qu'il appartient de veiller à ce que chaque lazaret soit pourvu du nombre de médecins nécessaires pour que les divers services indiqués par la Conférence soient assurés.

M. le Dr Bartoletti dit que c'est ainsi que l'a entendu la Commission.

Le § 14 est mis aux voix et adopté à l'unanimité.

M. le Dr Dickson appelle de nouveau l'attention de la Conférence sur la question des cimetières dans les lazarets. Il n'en est pas fait mention dans le rapport non plus que de l'emplacement à réserver pour déposer les cadavres en attendant que la sépulture leur soit donnée, et, c'est là une lacune qu'il importe de combler.

M. le Dr Bartoletti fait remarquer qu'il existe un cimetière dans tous les lazarets notamment en Turquie.

L'observation de M. le Dr Dickson qu'il doit y avoir dans chaque lazaret ou dans ses dépendances un endroit convenable destiné aux inhumations, ayant été jugée fondée, la Conférence décide que cela sera consigné dans le procès-verbal. Lecture est donnée de la 8me section.

M. le Dr Mühlig pense que bien que cela ne soit pas dit expressément, il doit être bien entendu que les lazarets d'observation devront toujours être placés à une distance convenable des habitations.

M. Stenersen rappelle que la Commission a dit une fois pour toutes (page 16) que tous les lazarets devaient être établis sur une île ou, à défaut d'une île, dans une contrée éloignée de plusieurs milles de toute habitation.

La Commission admettant, d'après le système suivi dans certains pays, trois ordres d'établissements quarantenaires, les lazarets pour la quarantaine de rigueur, les lazarets pour la quarantaine d'observation et enfin des postes dont les fonctions se borneraient à contrôler les arrivages et à viser les patentes de santé, M. le Dr Bykow, après avoir constaté qu'on ne trouve à cet égard aucune indication dans le rapport, demande quelle est l'opinion de la Commission sur les établissements de la 3me catégorie.

M. le Dr Fauvel ne conteste pas la distinction que le rapport établit entre les lazarets principaux ou de rigueur, et les lazarets d'observation,

mais il demande quelles seront les attributions des uns et des autres. Les navires qui, bien que porteurs d'une patente brute, seront mis en quarantaine d'observation et, d'après M. le Dr Fauvel, ce sera la règle générale tandis que la quarantaine de rigueur deviendra l'exception, seront-ils reçus dans les lazarets d'observation ou bien par cela seul qu'ils seront porteurs d'une patente brute devront-ils toujours forcément aller purger leur quarantaine dans un lazaret de rigueur? Un navire ne sait pas toujours à quelle espèce de quarantaine il devra être soumis, il peut même lorsqu'il n'a pas de médecin à bord ignorer qu'il ait le choléra, il pourra dès lors et si la patente ne constitue pas la règle, être exposé lorsqu'il se présentera devant un lazaret d'observation à s'en voir refuser l'entrée. L'obligation où il serait dans ce cas d'aller purger sa quarantaine dans un lazaret principal souvent éloigné pouvant être pour lui la cause d'un grave préjudice, M. le Dr Fauvel croit qu'il faut faire en sorte que de semblables erreurs ne puissent avoir lieu et, pour cette raison, il lui paraît indispensable que la question soit bien éclaircie.

M. Bartoletti répond que tout navire en patente brute devra faire quarantaine dans un lazaret principal sauf lorsqu'il y aura un médecin à bord et qu'il ne se sera déclaré aucun cas de choléra pendant la traversée. Dans ce cas la durée du voyage est déduite de celle de la quarantaine, mais c'est la seule exception à la règle. Du reste ce sont là des questions qui ne pourront être tranchées que lorsque la Conférence discutera celle de la durée des quarantaines.

M. le Dr Maccas fait remarquer que le 3me alinéa de la page 21 est la meilleure définition qu'on puisse donner des lazarets d'observation et du rôle auquel il sont destinés. Il y est dit qu'ils seront affectés à la contumace de certaines provenances en patente nette qu'il y aurait des motifs de tenir en suspicion ; cela seul prouve que les navires en patente brute n'y seront pas admis. M. le Dr Maccas dit que c'est un des principaux points sur lesquels il y avait dissidence au sein de la Commission, quelques membres voulant qu'il ne soit fait aucune exception à la règle.

M. le Dr Goodeve se demande quelle est l'utilité des lazarets d'observation du moment que la quarantaine d'observation peut se purger à bord même des navires.

M. le Dr Dickson ne comprend qu'une seule sorte de lazarets, les lazarets destinés aux navires sous patente brute. Le lazaret d'observation répond

à la patente suspecte, c'est une création imaginaire ne pouvant exister dans la réalité, ce n'est en un mot qu'une expression s'appliquant à la *provenance*, nullement à la *localité*, et servant à désigner les endroits où des navires en patente *nette* subissent une quarantaine d'observation.

M. le Dr Bartoletti répond à M. le Dr Goodeve que le lazaret d'observation est une commodité pour les passagers qui peuvent avoir des raisons de préférer purger leur contumace à terre plutôt qu'à bord. Le débarquement des passagers peut être aussi quelquefois nécessaire s'il y avait encombrement sur le navire soumis à la quarantaine.

M. le Dr Sawas trouve que les observations de M. le Dr Fauvel viennent à l'appui de la distinction que la Commission établit entre les diverses sortes de lazarets. Toutes ces questions devant, au surplus comme M. le Dr Bartoletti l'a fait remarquer, se représenter, il faudrait quant à présent s'en tenir à la lettre du rapport.

La discussion de cette partie du rapport étant, en conséquence de cette observation, ajournée, il est passé à la discussion de la 9me section dont il est donné lecture jusqu'aux conclusions exclusivement.

M. le Dr Fauvel demande ce que la Commission entend par lazaret international restreint. Il est parlé du lazaret de Kanzoë : quelle est la différence qui existe entre cet établissement et les lazarets ordinaires, y admet-on seulement les navires de la Suède, de la Russie, de la Prusse, du Mecklenbourg et du Danemark ?

M. Stenersen répond qu'un navire qui a purgé sa contumace à Kanzoë est admis à la libre pratique dans les ports de tous les états contractants. Tout navire est d'ailleurs admis, quelle que soit sa destination, à faire quarantaine à Kanzoë, seulement si cette destination n'est pas un port Russe, Prussien, Danois, Mecklenbourgeois ou Suédois, il est exposé à ce que cette quarantaine ne lui serve à rien.

M. le Dr Sawas fait remarquer qu'un établissement comme celui de Kanzoë peut rendre de grands services au commerce maritime, certains Etats refusant, contrairement à la règle établie, de tenir compte des quarantaines lorsqu'elles ont été purgées ailleurs que dans leurs propres lazarets. La Commission tout en se prononçant contre les lazarets internationaux administrés en commun, a cru pour cette raison devoir recommander les lazarets internationaux dans un sens plus restreint, tels en un mot que celui de Kanzoë.

La quarantaine purgée dans ces lazarets dont l'administration serait laissée au gouvernement territorial, serait reconnue par toutes les puissances contractantes, ce qui les distinguerait des lazarets ordinaires et la navigation n'aurait plus à supporter les pertes causées par les doubles et triples quarantaines auxquelles elle est quelquefois exposée.

D'après M. le Dr Maccas les lazarets internationaux restreints seraient des établissements sanitaires administrés, comme on l'a, dit par les agents de la puissance territoriale, mais sous le contrôle d'une Commission composée de Délégués de tous les Etats contractants.

M. le Dr Fauvel conteste la valeur des arguments sur lesquels la Commission s'appuie pour repousser le système des lazarets internationaux. 1° Pourquoi y aurait-il conflits d'opinion et d'autorité entre les représentants des gouvernements intéressés, les décisions ne seraient-elles pas prises, comme dans toute assemblée mixte, à la majorité ? 2° L'objection tirée du préjudice causé à la navigation par l'obligation imposée aux navires d'aller faire quarantaine dans un lieu plus ou moins éloigné et quelquefois en dehors de la route qu'ils doivent suivre, ne s'applique t-elle pas aux lazarets principaux dont le nombre aussi sera restreint ? 3° Indépendamment de ce qu'on sait que jamais un lazaret n'est devenu un grand foyer d'infection, l'agglomération sera-t-elle pour la raison déjà donnée, plus à redouter dans les lazarets internationaux que dans les lazarets principaux? 4° Comment pourrait-il enfin y avoir empiètement sur les droits souverains de l'autorité territoriale du moment que le lazaret international n'existera qu'en vertu d'une entente entre les divers gouvernements?

D'après M. le Dr Fauvel, qui déclare d'ailleurs n'être pas partisan du système des lazarets internationaux sauf dans le cas où des circonstances particulières en rendent la nécessité évidente comme par exemple à l'entrée de la mer Rouge, le meilleur argument à opposer à cette institution ne serait que dans l'immense majorité des cas elle ne sera pas nécessaire.

MM. le Cte de Lallemand et Kalergi s'associent à ces observations.

M. le Dr Sawas répond que, quoiqu'en dise M. le Dr Fauvel, il pourrait fort bien arriver que les agents des Puissances intéressées qui se partageraient les divers services d'un lazaret vraiment international, c'est-à-dire administré en commun, ne parvinssent pas à se mettre d'accord. D'autre part, si peu nombreux que puissent être les lazarets principaux, ils seront toujours plus nombreux que les lazarets internationaux, ce n'est

donc pas sans raison qu'on représente ces derniers comme devant être une cause de préjudice pour les navires forcés de s'y rendre et aussi qu'on s'effraie de l'énorme accumulation de quarantenaires qui pourraient s'y trouver réunis à la fois. Peut-on affirmer enfin que l'entente nécessaire pour l'établissement d'un lazaret international soit possible entre les divers gouvernements, c'est là une question qu'on ne peut préjuger. Après avoir constaté que les objections de M. le Dr Fauvel n'ont point diminué, ainsi qu'il croit l'avoir démontré, la valeur des raisons exposées par la Commission, M. le Dr Sawas demande finalement le maintien des conclusions du rapport.

M. le Dr Bartoletti déclare qu'en sa qualité de Délégué du gouvernement Ottoman il est contraire au principe des lazarets internationaux. Il croit d'ailleurs pouvoir faire cette déclaration sans se mettre en contradiction avec les résolutions de la Conférence relatives à l'utilité d'un établissement international à l'entrée de la mer Rouge. On discute en ce moment la question à un point de vue général qui n'exclut pas les exceptions.

M. le Dr Monlau, qui avait été le premier à suggérer l'idée de lazarets internationaux, persiste à croire qu'on pourrait en attendre de bons résultats. On ne peut pas compter sur les lazarets établis d'après le système actuel, et ce n'est qu'avec le concours de tous les états qu'on peut espérer d'y voir apporter les améliorations et les perfectionnements indispensables. On établirait, par exemple à l'entrée de chaque mer ou des principaux golfes, quelques lazarets internationaux modèles et c'est là qu'en temps de choléra tous les navires devraient aller purger leur quarantaine. Les avantages qui résulteraient de l'adoption de ce nouveau système dont on pourrait au moins faire l'essai, compenseraient amplement, d'après M. le Dr Monlau, les inconvénients qui ont été signalés.

M. Stenersen fait remarquer que la Commission est la première à reconnaître que les lazarets tels qu'ils existent comportent de nombreuses améliorations, seulement elle croit que ces améliorations sont possibles sans qu'il soit besoin de recourir au système des lazarets internationaux.

M. le Dr Millingen demande aux détracteurs du système des lazarets internationaux comment ils entendent règler les pratiques sanitaires du Danube. Se fondant sur les inconvénients du système actuellement appliqué, M. le Dr Millingen en conclut qu'un lazaret international serait indispensable aux embouchures de ce fleuve.

M. le Dr Sawas répond que c'est précisément en vue de ce cas spécial et de tous les cas analogues que la Commission recommande le système Suédois. Un lazaret institué à l'embouchure du Danube sur le modèle de celui de Kanzoë ferait précisément disparaître les difficultés que M. le Dr Millingen a signalées ; il aurait de plus l'avantage, pour tous les états riverains, de ne gêner en aucune façon le libre exercice de leur souveraineté.

La 9me section est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

MM. le Dr Sotto, Dr Monlau, Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Kalergi, Dr Maccas, Vernoni, Prof. Bosi, Dr Mühlig et Dr Pelikan ne votent qu'avec réserve.

Les conclusions qui se trouvent à la fin de la 9me section sont successivement mises aux voix.

Les quatre premières sont adoptées sans observation à l'unanimité. M. le Dr Monlau ne vote la troisième que sous réserves.

M. le Dr Maccas propose que la 5me conclusion soit amendée : le parloir ne devrait pas être supprimé, mais l'usage en serait rendu aussi restreint que possible et des mesures spéciales de précaution seraient prises à l'égard des visiteurs.

M. le Dr Fauvel propose que cette conclusion soit modifiée ainsi qu'il suit : « que les parloirs soient supprimés pour les visiteurs, et, les visites aux quarantenaires interdites, *sauf dans des cas exceptionnels et avec l'autorisation spéciale de l'autorité sanitaire.* »

MM. les Drs Maccas et Sotto adhèrent à cet amendement. M. le Dr Sotto croit qu'il y a des cas urgents et exceptionnels qu'il faut prévoir.

M. le Dr Mühlig n'hésite à considérer les visites comme le moyen le plus sûr de neutraliser le bon effet des quarantaines. L'entrée des lazarets devrait, croit-il, être interdite même aux personnes qui consentiraient à y rester en se soumettant, dans ce cas, comme le dit le rapport, au régime des quarantenaires avec lesquels ils se seraient mis en communication : l'autorisation ne devrait être accordée qu'aux personnes qui déclareraient *se soumettre au règlement pour la contumace des personnes compromises*. Dans l'opinion de M. le Dr Mühlig, tout lazaret doit être considéré comme un foyer et la séquestration doit y être complète sauf les exceptions que nécessite le service.

M. le Dr Sawas demande la suppression complète du parloir. Du moment

que la Conférence a admis que le choléra peut dans certains cas être transmis par l'atmosphère jusqu'à une distance de 100 mètres, elle se mettrait en contradiction avec elle-même en maintenant les parloirs. M. le Dr Sawas croit que M. le Dr Mühlig va cependant trop loin en demandant que des individus qui se seraient mis en communication avec des quarantenaires, par exemple à l'avant dernier jour de leur contumace, soient retenus au lazaret après le départ de ces derniers et pendant un temps égal à la durée totale de cette contumace. La quarantaine est une épreuve à laquelle on soumet les individus provenant d'un lieu contaminé pour s'assurer qu'ils ne recèlent pas le choléra dans leur organisme. Si les individus soumis à la quarantaine ne présentent, après dix jours d'isolement, aucun signe cholérique, il est évident qu'ils n'avaient pas le choléra et ne l'ayant pas qu'ils ne peuvent le donner à ceux qui ont communiqué avec eux, soit au premier, soit au dernier jour de l'épreuve.

M. Bosi accepte la conclusion du rapport. Les exceptions se produiront toujours, il est donc inutile de les prévoir.

M. le Dr Fauvel fait remarquer que les observations de MM. Mühlig et Sawas reposent sur une erreur de fait : un lazaret ne doit pas être considéré comme un endroit contaminé et forcément suspect, autrement les quarantaines devraient être perpétuelles. Les parties du lazaret où il y a des cholériques sont évidemment contaminées, mais du moment qu'on admet le système des catégories, il faut admettre aussi qu'une personne qui quitte le lazaret après avoir purgé sa quarantaine doit être réputée sortir d'un lieu indemne. M. le Dr Fauvel ne croit pas que le parloir soit nécessaire du moment que les visites sont interdites en principe, mais il maintient qu'il peut se présenter des cas tellement graves que des exceptions doivent forcément être faites à cette règle, bien entendu en recourant aux précautions nécessaires. C'est d'ailleurs pousser les choses à l'extrême que de vouloir que les visites soient défendues par cela seul que le visiteur indemne se trouve à moins de 100 mètres de la personne suspecte ; ne faudrait-il pas alors aussi et pour la même raison supprimer la formalité de l'arraisonnement? M. Fauvel ne croit pas que l'amendement proposé par M. Mühlig puisse être adopté par la Conférence ; comme l'a dit avec raison M. Sawas, le visiteur doit suivre le sort des quarantenaires avec lesquels il s'est mis en rapport, on ne peut exiger plus.

M. le Dr Maccas croit aussi que M. le Dr Mühlig se montre trop sévère.

Les précautions à prendre seraient faciles et d'ailleurs les communications au grand air ne présenteraient pas le même danger que dans un parloir où l'air est confiné.

M. le Dr Mühlig persiste à croire qu'un lazaret devient forcément suspect et dangereux dès l'instant qu'un seul cas de choléra s'y est déclaré : les personnes qui y sont renfermées jouissent déjà d'une certaine immunité, elles ont subi l'influence cholérique, la cholérisation si on peut employer une pareille expression, mais il n'en est pas de même des visiteurs venus du dehors et partis d'un lieu indemne.

M. le Dr Maccas ne trouve pas que l'hypothèse de la cholérisation suffise à justifier l'amendement de M. le Dr Mühlig : la cholérisation n'est encore qu'une théorie nullement prouvée par l'expérience.

M. le Dr Bartoletti dit que la majorité de la Commission s'est prononcée contre les visites par la raison qu'une fois permises, on ne pourra empêcher qu'elles ne soient fréquentes et nombreuses. Il est bien entendu du reste qu'on ne saurait considérer comme visite et songer par conséquent à interdire les rapports que l'autorité locale peut se trouver dans le cas d'établir avec des quarantenaires.

M. Keun, qui approuve la suppression des visites, propose que tous les lazarets soient munis d'un télégraphe destiné aux communications des quarantenaires.

M. le Dr Mühlig appuie cette proposition : ce serait un moyen efficace de restreindre le nombre des visiteurs.

M. le Dr Bartoletti ayant fait remarquer que l'établissement d'un télégraphe dans les lazarets ne peut à aucun titre être considéré comme une mesure de prophylaxie et que, dès lors, la proposition de M. Keun ne saurait faire l'objet d'une conclusion à ajouter à celles inscrites dans le rapport, il est décidé que le procès-verbal devra se borner à mentionner cette proposition en constatant qu'elle a rencontré l'approbation unanime de la Conférence.

L'amendement de M. le Dr Fauvel est mis aux voix et adopté à la majorité de 10 voix contre 9.

Ont voté pour MM. les Drs Sotto, Montau, Cte de Lallemand, Drs Fauvel, Goodeve, Maccas, Millingen, Pelikan, Bykow et S. Exc. Salih Effendi.

Contre, MM. le Dr Dickson, Vernoni, Prof. Bosi, Keun, Dr Sawas, Dr Mühlig, Stenersen, Dr Bon Hübsch, et Dr Bartoletti.

L'amendement de M. le Dr Mühlig qui n'obtient que deux voix, celles de son auteur et de M. Keun, est rejeté — 16 voix contre, M. Stenersen s'abstient.

M. le Dr Mühlig déclare que la Conférence, en admettant l'amendement de M. le Dr Fauvel, a par là même prononcé la déchéance des quarantaines.

L'adoption de cet amendement rendant inutile le vote sur la 1re partie de la 5me conclusion, M. le Président met aux voix la seconde partie. Elle est adoptée à l'unanimité moins deux voix, celles de M. le Dr Mühlig qui vote contre et de M. Stenersen qui s'abstient.

Les conclusions 6, 7 et 8me sont ensuite successivement mises aux voix. Elles ne donnent lieu à aucune observation et sont adoptées à l'unanimité.

M. le Dr Maccas propose, de concert avec M. le Dr Pelikan, que la 9me conclusion soit amendée de la manière suivante: « Tout en admettant qu'en » général l'institution de lazarets internationaux administrés en commun » par des employés de plusieurs Puissances n'est pas recommandable, la » Conférence est d'avis *que, dans certains cas, l'utilité* de ces établissements, » administrés par les autorités locales sous le contrôle de conseils sani- » taires mixtes, est incontestable. » M. le Dr Maccas fait remarquer qu'il ne s'agit pas là d'une proposition nouvelle, ce n'est que la conclusion de la Commission autrement formulée.

M. le Dr Dickson propose quant à lui que le mot *général* soit entièrement effacé de la conclusion qui se trouverait de cette manière plus en harmonie avec le texte.

M. Bosi croit que la Conférence doit se prononcer plus catégoriquement : elle devrait déclarer que « l'institution des lazarets internationaux » administrés par des commissions mixtes est recommandable. »

M. le Dr Mühlig pense qu'il y aurait lieu de modifier ainsi qu'il suit l'amendement introduit par MM. les Drs Maccas et Pelikan : « Tout en » admettant dans certains cas *l'opportunité* de lazarets internationaux » administrés sous le contrôle de conseils mixtes, la Conférence est d'avis » qu'en général l'institution de ces établissements n'est pas recomman- » dable. »

MM. le Drs Maccas et Pelikan déclarent adhérer à cette modification.

Il est ensuite passé au vote.

La conclusion de la Commission est rejetée par 12 voix contre 5, et 1 abstention.

Ont voté pour, MM. les Drs Sawas, Hübsch, Bykow, S. Exc. Salih Effendi et Dr Bartoletti.

Contre, MM. les Drs Sotto, Monlau, Cte de Lallemand, Drs Fauvel, Goodeve, Dickson, Maccas, M. Vernoni, Prof. Bosi, Drs Millingen, Mühlig et Pelikan. Abstentions, M. Keun.

L'amendement de M. Bosi est également rejeté par 15 voixcontre 3, celles de MM. le Dr Monlau, Vernoni et Bosi.

L'amendement de MM. les Drs Maccas et Pelikan, amendé lui-même par M. le Dr Mühlig, est adopté à la majorité de 9 voix contre 8 avec une abstention.

Ont voté pour MM. le Dr Sotto, Cte de Lallemand, Drs Fauvel, Maccas, M. Vernoni, Prof. Bosi, Drs Millingen, Mühlig, Pelikan.

Contre, MM. les Drs Goodeve, Dickson, Keun, Drs Sawas, Bykow, Stenersen, S. Exc. Salih Effendi et Dr Bartoletti.— Abstention, M. le Dr Monlau.

La séance est levée à 4 h. 1/2.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
B^on DE COLONGUE.— Dr NARANZI.

N° 42.

SÉANCE DU 24 SEPTEMBRE 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 24 septembre, à midi, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa quarante-deuxième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M le Docteur MONLAU, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M le Docteur IGNACE SPADARO ;

Pour la France :

M. le comte de LALLEMAND, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur GOODEVE, chirurgien-major de l'armée des Indes médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. DICKSON, médecin de l'Ambassade de S. M. B., délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople.

Pour la Grèce :

M KALERGI, secrétaire de la Légation de S M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. MACCAS, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. VERNONI, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie.

M. le professeur FRÉDERIC BOSI ;

M. le Docteur G. SALVATORI, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. KEUN, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur MILLINGEN, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

MIRZA-MALKOM-KHAN, aide-de-camp général de S M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur SAWAS EFENDI, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité à Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard PINTO DE SOVERAL, chargé d'affaires ;

Pour la Prusse :

M. le Bon TESTA, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation de Prusse, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation à Constantinople ;

M le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Doctéur Bartoletti, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

M. le Dr Naranzi, l'un des Secrétaires, donne lecture du procès-verbal de l'avant-dernière séance dont la rédaction est approuvée à l'unanimité.

M le Dr Goodeve appelle l'attention de la Conférence sur la nécessité d'insister d'une manière très accentuée sur les dispositions à prendre pour rendre à l'avenir le séjour des lazarets moins triste et aussi commode et salubre que possible. Il pense que la Conférence doit faire prévaloir cette idée, et qu'elle doit exprimer formellement le vœu que les lazarets soient dorénavant construits d'après un nouveau système qui soit de nature à concilier l'agréable commodité et la salubrité sans nuire à leur efficacité. Pour les maintenir dans un état convenable, il propose qu'ils soient soumis à une fréquente inspection rigoureusement opérée par une autorité centrale établie par le gouvernement du pays où ils sont placés.

M. le Dr Maccas reconnait la légitimité d'un pareil vœu et il déclare y adhérer complètement.

M. le Dr Bartoletti aussi s'y associe pleinement. Il fait néanmoins observer, que d'après le plan proposé par la Conférence les nouveaux lazarets

seront dans des conditions de salubrité très favorables, qu'ils seront beaucoup mieux aérés que les anciens et placés dans un vaste emplacement. En un mot, contrairement à l'ancien système, les nouveaux lazarets offriront, à son avis, tous les éléments du bien-être et toutes les garanties voulues de salubrité.

La Conférence adhère par acclamation à la proposition et au vœu exprimé par M. le Dr Goodeve.

M. le Dr Bartoletti reprend le rapport et donne lecture du 4me chapitre qui porte pour titre: « Du régime quarantenaire et de la désinfection. »

Il s'arrête à la fin du onzième article qui finit par la conclusion suivante:

« En résumé, la différence entre les deux régimes quarantenaires consiste, suivant la Commission, en ce que la quarantaine d'observation est un temps d'épreuve, de simple surveillance, tandis que la quarantaine de rigueur consiste dans le débarquement au lazaret avec désinfection, et comprend toutes les mesures applicables à une provenance cholérique.

M. le Dr Mühlig demande à faire quelques observations.

« La Commission, dit-il, a donné la définition de deux différentes espèces de quarantaine. La distinction qu'elle a adoptée peut être maintenue, mais il est important de bien s'entendre sur plusieurs points, car il y a selon lui contradiction entre la définition qu'on en donne et l'application des deux quarantaines. La quarantaine d'observation, dit le rapport, s'applique à des navires qui bien que munis de patente nette sont suspects mais dans d'autres endroits il est dit aussi qu'il y a des cas où elle s'applique à des navires qui ont patente brute, ce qui contredit pleinement la définition qu'on a donnée de la quarantaine d'observation.

En outre, continue M. le Dr Mühlig, il est dit dans le rapport que la quarantaine d'observation consiste à tenir à l'écart et à faire surveiller pendant quelques jours, un navire, son équipage et ses passagers. M. le Dr Mühlig pense que cela est dit d'une manière trop vague, et il croit qu'il serait nécessaire d'établir quel sera le terme de cette surveillance, de même que ce terme devrait être fixé pour la quarantaine de rigueur. On devrait, selon lui, fixer d'une manière générale, et abstraction faite de toute classification, la durée de la quarantaine. La durée de la quarantaine d'observation dépendrait alors des circonstances spéciales de chaque cas. C'est un point sur lequel il entend revenir.

Ensuite poursuit M. Muhlig, la Commission en énumérant les diffé-

rentes occasions dans lesquelles il faudrait appliquer la quarantaine d'observation, a omis de mentionner dans quelles occasions elle devrait être appliquée aux navires en patente brute.

Ces occasions seraient, d'après M. Mühlig, les deux suivantes :

1° Si le navire en patente brute est en bonne condition hygiénique et s'il a à bord un médecin commissionné.

2° Si plus de 17 jours se sont écoulés depuis qu'il a quitté le lieu contaminé, bien entendu que ni dans l'un cas ni dans l'autre des accidents cholériques n'ont eu lieu à bord.

Enfin, dit M. le Dr Mühlig, il est évident qu'il y a désaccord entre la définition et l'application des deux espèces de quarantaine. Dans le but de mettre d'accord la définition avec ce qui suit il propose d'intercaler le passage suivant dans le texte là où il est dit « la quarantaine d'observation s'applique à des navires suspects bien que munis de patente nette, etc. et après les circonstances prévues dans les points 1 et 2 qu'il accepte (voir page 27 jusqu'à la 8me ligne) —la quarantaine d'observation s'applique aussi à des navires avec patente brute, mais à certaines conditions qui seront spécifiées plus tard. »

M. le Dr Fauvel déclare appuyer en partie les observations de M. Mühlig : Toutefois, il croit nécessaire de préciser davantage la question et de la circonscrire au chapitre même dont il s'agit. Il y a, selon M. Fauvel, plutôt confusion que contradiction entre la définition et l'application des deux espèces de quarantaine. La Commission a oublié qu'en fait, d'après son système, la quarantaine d'observation sera la règle générale quelle que soit la patente. Ce point ressort du rapport même qui établit que dans certaines circonstances les navires seront soumis à une simple observation malgré leur patente brute. M. le Dr Fauvel admet les définitions données par la Commission des deux sortes de quarantaine, mais il propose de les définir de la manière suivante quant à l'application.

1° Quarantaine d'observation.

La quarantaine d'observation est applicable à tout navire dont *la condition sanitaire est seulement suspecte*, quelle que soit la teneur de la patente, et, alors qu'il ne s'est manifesté à bord aucun indice de choléra et que la cargaison n'est pas compromettante par sa nature. Dans la quarantaine d'observation les passagers peuvent rester à bord si le navire n'est pas encombré et s'il est dans de bonnes conditions hygiéniques. Cette qua-

rantaine comporte la désinfection des effets, des hardes et des parties suspectes du navire sans déchargement préalable.

2° Quarantaine de rigueur.

La quarantaine de rigueur, c'est-à-dire *avec débarquement obligatoire des passagers et des marchandises, et désinfection générale du navire,* est applicable, en temps de choléra, à tout navire, quelle que soit sa patente, qui *aurait eu des accidents cholériques à bord,* ou dont la cargaison serait de nature compromettante, ou dont les conditions hygiéniques seraient jugées dangereuses.

Ce n'est pas la patente, dit M. le Dr Fauvel, qui détermine la nature de la quarantaine, mais ce sont les conditions sanitaires du bord. Les vrais motifs qui viennent à l'appui de la distinction établie par lui sont les suivants :

On a vu à la dernière séance les difficultés de séparer convenablement les catégories des quarantenaires dans les lazarets.

Or, cette distinction faciliterait la séparation en évitant l'encombrement qui aurait nécessairement lieu dans les grands ports. Elle ne compromettrait pas les individus sains, et faciliterait la surveillance en même temps qu'elle diminuerait les frais du service.

Elle épargnerait des charges inutiles au commerce ; et en somme, elle offrirait plus de garanties.

Cette manière d'envisager la question, dit M. le Dr Fauvel, résout les deux principales questions relatives aux quarantaines, celles de l'encombrement et de la séparation en catégories : elle ferait disparaître la grande objection qu'on oppose aux lazarets, qui pour contenir le nombre immense des personnes en contumace devraient prendre des proportions énormes et devenir presque des petites villes.

La sécurité publique n'y perdrait rien, au contraire elle y gagnerait.

M. le Dr Fauvel désire que la Conférence prenne en considération sa proposition.

M. le Dr Maccas croit qu'on devrait compléter la proposition de M. Fauvel, en y ajoutant ceci : « dès qu'on viendrait à apprendre que le choléra s'est manifesté après le départ du navire dans le port qu'il a quitté, on devrait le soumettre pendant qu'il se trouve en simple surveillance, à une quarantaine de rigueur. »

M. le Dr Maccas fait observer que beaucoup de navires arrivent en 30

ou 40 heures du lieu du départ au port de leur destination, et, que par conséquent la maladie qui s'est déclarée peu après leur départ dans le port qu'ils ont quitté, peut se trouver en état d'incubation dans le navire : dans tous les cas, un certain doute, selon lui, existerait à leur égard.

M. le Dr Maccas pense qu'il faudrait aussi s'occuper de la durée de la quarantaine d'observation.

M. le Dr Fauvel croit que le moment de s'occuper de la durée n'est pas venu. Il en sera question plus tard, et on s'en occupera alors avec plus de profit. Ce n'est pas en effet la durée qui caractérise ni la quarantaine de rigueur, ni celle d'observation : celle-ci peut être très courte lorqu'il s'agit d'une simple suspicion par défaut de renseignement, et, elle peut être tout aussi longue que la quarantaine de rigueur. Pour ce qui regarde la remarque de Mr Maccas, Mr Fauvel déclare que si l'on vient à apprendre, pendant que le navire se trouve en quarantaine d'observation, que le choléra a éclaté ou existait déjà dans le pays que le navire a quitté cela ne changerait pas la question si le navire était indemne ; mais que si le choléra venait à éclater à bord pendant la quarantaine d'observation, alors celle-ci serait transformée en quarantaine de rigueur, c'est-à-dire avec débarquement au lazaret

M le Dr Fauvel fait remarquer à M. le Dr Maccas que son observation d'ailleurs s'adresse tout autant au rapport qu'à sa proposition.

M le Dr Mühling estime que tout navire en patente brute venant d'un lieu infecté, mais n'ayant pas eu le choléra à bord devrait se rendre d'abord dans un port à lazaret principal pour pratiquer l'arraisonnement et il dépendrait alors des appréciations des autorités sanitaires de le retenir pour purger sa quarantaine ou bien de lui permettre de continuer son voyage. Dans ce cas il serait soumis à une quarantaine d'observation dans un lazaret secondaire.

M. Goodeve partage l'avis de M. Fauvel sur la quarantaine d'observation et sur la manière d'utiliser les navires en obligeant les quarantenaires de purger quarantaine à bord. Il croit toutefois nécessaire d'établir que tous les navires en observation seront visités par un médecin et pourvus de tout ce qui est nécessaire pour soigner les cholériques.

D'après M. Monlau la question qu'on traite est de la plus haute importance, car c'est la question quarantenaire tout entière. Il conseille donc de bien l'étudier. M. Monlau trouve que la proposition de M Fauvel tendrait

à faire table rase des patentes, et dans ce cas, il ne conçoit pas qu'on puisse continuer à les délivrer. La suppression des patentes entraînerait, à son avis, un état de désordre et presque d'anarchie, vu que les navires ne sauraient jamais à quelle quarantaine ils devraient être soumis. D'après le système de M. Fauvel, la quarantaine d'observation serait la même chose que la quarantaine de rigueur, sauf le débarquement. Telle devrait être, dit M. Moulau, la définition à donner à la quarantaine d'observation, par laquelle on voudrait d'après la proposition de M. Fauvel, remplacer la quarantaine de rigueur qui dès lors cesserait d'exister. Mais la quarantaine d'observation aurait-elle, se demande M. le Dr Monlau, la même efficacité que cette dernière ? M. le Dr Monlau ne le pense pas et il se déclare partisan de l'ancien système des lazarets, car beaucoup de difficultés, selon lui, s'opposeraient en pratique à faire purger quarantaine à bord des navires. Il y aurait difficulté de constater l'état des navires — de soigner les malades—d'empêcher l'encombrement —de faire des visites médicales.

En outre, dit M. le Dr Monlau, toute quarantaine doit être faite dans l'isolement — ce qui n'est pas dit dans le rapport d'une manière assez explicite, la Commission s'étant bornée à dire que ceux qui doivent purger quarantaine seront tenus à l'écart. Les tenir à l'écart, selon M. le Dr Monlau, n'équivaut pas à un isolement complet et rigoureux.

M. le Dr Bartoletti lui fait observer que dans plusieurs endroits du rapport il a été question de l'isolement. La Commission peut donc avoir employé l'expression à *l'écart* comme équivalente de *l'isolement*.

Quant à la définition qu'il vient de donner de la quarantaine, qu'il ajoute aux mots « sauf le débarquement » et aussi « sauf la durée » et la Commission, dit M. Bartoletti, sera de l'avis de M. le Dr Monlau.

M. le Dr Sawas réfute la proposition et les observations de M. le Dr Fauvel.

D'après M. le Dr Fauvel, dit il, la quarantaine d'observation serait la règle. C'est tout-à-fait le contraire de ce que la Commission a voulu établir, c'est-à-dire que la quarantaine de rigueur serait toujours appliquée et que l'autre le serait par exception. Par quarantaine de rigueur la Commission a entendu une quarantaine dont la durée est déterminée, tandis que la durée de l'autre ne sera déterminée que d'après certaines circonstances. Il y a donc, selon M. le Dr Sawas, dissidence complète entre la Commission et M. le Dr Fauvel. Mais laquelle des deux opinions, se demande M. le Dr

Sawas, est la plus correcte ? Il prend à analyser les differents arguments mis en avant par M. le Dr Fauvel à l'appui de son système, et, il en conclut que ce système implique la négation du régime quarantenaire. M. le Dr Fauvel a beau lui signaler une confusion entre la définition et son application, M. Sawas ne peut pas parvenir à la constater, au contraire, il reste convaincu que la définition donnée par la Commission est claire et nette et qu'elle est en parfaite harmonie avec les conditions posées pour en faire l'application. Pourquoi, dit M. le Dr Sawas, a-t-on admis la quarantaine d'observation, si ce n'est pour la patente nette? A-t-on oublié la décision de la Conférence à l'égard de l'Egypte ? Elle avait conseillé de tenir sous observation les provenances de l'Egypte en patente nette parce qu'on considérait la provenance comme suspecte.

La Commission, continue M. le Dr Sawas énumère les principales conditions voulues pour les deux catégories de quarantaine, et par ces conditions elle a cru obtenir toutes les garanties voulues. Qu'on analyse, ces conditions et l'on verra que le système de la Commission est le seul qui puisse donner des garanties sérieuses et complètes. La Commission, en outre, n'a pas manqué d'établir des exceptions en faveur de certaines provenances.

M. le Dr Sawas désire que la Conférence se prononce entre le système de la Commission et la proposition de M.Fauvel. Cette proposition n'est, selon lui, ni un éclaircissement ni une rectification, c'est un système diamétralement opposé à celui du rapport.

Mr Pelikan est d'avis que la quarantaine d'observation ne doit être appliquée qu'aux navires en patente nette et alors que l'autorité sanitaire a des données pour soupçonner la présence du choléra dans le lieu d'où vient le navire et aussi pour d'autres raisons mentionnées dans le rapport. Mais les navires en patente brute ne doivent, d'après M. le Dr Pelikan, être assujétis qu'au régime de la quarantaine de rigueur avec débarquement des marchandises et des passagers et avec désinfection des effets. Du reste, fait-il observer, cette idée sera développée plus loin lorsqu'il sera question de la durée à propos de laquelle tant lui que M. le Dr Maccas ont fait connaitre leur opinion.

La quarantaine d'observation, ajoute M. le Dr Pelikan, appliquée à des navires en patente brute ne peut qu'être une demi-mesure et ne présentera jamais une garantie complète quand il s'agit de provenances d'un

lieu contaminé lors même qu'il n'y aurait pas eu de malades de choléra à bord pendant la traversée.

M. Kalergi déclare adhérer à la manière de voir de M. le Dr Pelikan.

M. le Dr Fauvel fait remarquer qu'il est d'accord avec la Commission sur les principaux points, et, qu'il les adopte sauf la dénomination. Il a réduite, dit-il, la chose à sa réalité et il a démontré qu'il y a confusion Cette confusion existe dans le rapport relativement au paragraphe qui suit la définition. M. le Dr Sawas ne veut pas l'admettre, mais il ne se doute pas que dans le système de la Commission la quarantaine d'observation sera la règle.

M. le Dr Fauvel n'a voulu que faire changer le mot—au lieu de dire quarantaine de rigueur—il a conseillé de mettre —quarantaine d'observation.— Ce changement, croit-il, est de toute nécessité, puisque l'immense majorité des navires, d'après le rapport même, seront soumis à la quarantaine d'observation Il est à noter, dit M. le Dr Fauvel, que la Commission à la page 31 parle de la grande majorité des navires à voile et non pas des paquebots qui ont un médecin à bord. M. le Dr Fauvel a demandé par conséquent qu'on mette le mot réel à la chose. Il n'a pas eu l'intention d'établir un système différent de celui de la Commission,et il n'a rien inventé; il a voulu seulement faire accepter le système qu'on met tous les jous en pratique. Ce système consiste à mettre en quarantaine d'observation beaucoup de navires qui ont leur patente nette jusqu'à ce qu'on soit bien rassurésur leur compte.

A M. le Dr Moulau qui croit que la quarantaine d'observation n'admet pas l'isolement, M. le Dr Fauvel fait observer que cet isolement peut dans les navires être parfaitement établi,et mieux peut-être que dans le lazaret.

M. le Dr Bosi croit que la question de savoir si on doit admettre les deux espèces de quarantaine se rapporte aux renseignements que les navires peuvent fournir par leur patente. M. le Dr Bosi accepte les bases sur lesquelles M. le Dr Fauvel a appuyé les deux espèces de quarantaine — il va même plus loin, il serait disposé à n'admettre qu'une seule quarantaine, puisque ont est autorisé à admettre que l'une des deux espèces de quarantaine n'est basée que sur un manque de renseignements. M. le Dr Bosi est aussi d'avis que la définition du rapport n'est pas exacte.

M. de Lallemand voudrait que l'on fît mieux comprendre dans le rapport que tant dans l'une que dans l'autre espèce de quarantaine

il y aurait séquestration complète. Il importe, selon lui, d'énoncer cette séquestration d'une manière très nette, puisque tant M. le D[r] Moulau que M. le D[r] Pelikan l'entendent, d'après leur dire, d'une manière différente que la Commission.

M. Bartoletti donne quelques éclaircissements dans le but de démontrer que la Commission a entendu qu'il y aurait séquestration complète tant dans l'une que dans l'autre espèce de quarantaine.

M. Segovia en réponse à M. de Lallemand dit que M. Monlau n'a pas douté que la Commission n'ait admis la séquestration, M. Monlau croit seulement, et en cela M. Segovia est pleinement d'accord avec lui, que la séquestration dans un navire ne peut pas être complète. Qu'on ne parle pas, dit M. Segovia de ports spacieux ; la contrebande douanière et la désertion des matelots, choses qui arrivent très-souvent, attestent que dans les navires on enfreint très facilement les mesures de séquéstration La surveillance dans les lazarets est, selon lui et selon M. Monlau, beaucoup plus facile et plus efficace que dans les navires et c'est pour cela surtout qu'ils donnent la préférence au lazaret car l'isolement, quoiqu'on dise, est beaucoup plus facile qu'à bord des navires.

M. Mühlig fait remarquer que toute la question est dans le débarquement: La Commission exige le débarquement ponr toutes les patentes brutes qui seront soumises à la quarantaine de rigueur, tandis que pour lui et pour ceux qui partagent sa manière de voir, le débarquement n'est demandé que pour certains cas de patente brute, surtout s'il y a eu le choléra à bord.

Pour M. Maccas la proposition de M. Fauvel a ses côtés faibles et dangereux malgré ce que de prime abord elle présente d'attrayant. Avant de développer cette proposition M. Maccas désire attirer l'attention de la Conférence sur la nécessité d'examiner si la définition n'est pas exacte et s'il y a contradiction ou confusion. Si la Conférence accepte la définition du rapport, au fur et à mesure qu'elle rencontrera des contradictions, elle les fera disparaître et aussi la confusion s'il y en a. Mais il n'est pas juste, pense-t-il, de prétendre de démolir tout le système par crainte de rencontrer des contradictions ou parcequ'il y a de la confusion. Qu'on étudie et qu'on analyse, dit M. Maccas, le paragraphe tout entier et si on ne le trouve pas exact,alors seulement il sera permis de le changer. M. Maccas a fait la comparaison des différentes

définitions et il n'a trouvé aucune différence esssentielle. Si différence il y aelle ne porte que sur l'application surtout pour la quarantaine d'observation

M· Maccas est d'avis qu'en temps d'épidémie cholérique il ne peut y avoir pour tout navire venant d'un lieu cholérique qu'une seule espèce de quarantaine—c'est la quarantaine de rigueur plus ou moins sévère pour tout navire portant patente brute, S'il n'y avait, fait-il observer, que ce seul cas la dissidence ne serait guère possible. Mais il y a des cas qui autorisent la quarantaine d'observation, jamais cependant pour les navires en patente brute. Ces cas se rapportent à des navires qui tout en ayant la patente nette offrent des soupçons par rapport à l'existence du choléra dans le lieu qu'ils ont quitté. M. Maccas croit que si dans la proposition de M.Fauvel il n'était pas dit *quelle que soit la patente* tout le monde pourrait se mettre d'accord avec lui, mais telle qu'elle est étudiée elle demande à être avec beaucoup d'attention.D'après le système de M.Fauvel,tout navire, portant patente brute pourrait demander à être admis à la quarantaine d'observation. Qu'on réfléchisse, dit M. Maccas, que dans la Méditerranée la plupart des navires ne font qu'une traversée de deux à trois jours; ils pourraient donc quitter un lieu contaminé et arriver dans un port indemne sans avoir eu d'accidents cholériques pendant la traversée. Dans ce cas ils seraient assujettis à la simple quarantaine d'observation. Mais si avant qu'elle n'expire quelques cas de choléra se produisent à bord de ces navires ils seront immédiatement soumis à une quarantaine de rigueur et les jours passés en quarantaine d'observation seront perdus pour eux. Donc, l'addition proposée par M. Fauvel *quelle que soit la patente* pourrait donner lieu à de graves dangers. Selon M. Maccas cette addition ne pourrait être d'aucun avantage au commerce, mais elle serait pernicieuse au point de vue sanitaire, car elle détruirait toute garantie et toute l'efficacité des quarantaines.

Quant à l'opinion de M. Fauvel que la séparation des quarantaineres est plus facile à bord que dans les lazarets, M. Maccas ne la partage pas, et, il la considère comme illusoire en beaucoup de circonstances. M. Segovia l'a, croit-il, bien démontré lorsqu'il fît connaître les difficultés qu'on rencontre à surveiller les quarantenaires et à leur obtenir complète séquestration. La Conférence, dit M. Maccas en terminant, ne devrait admettre comme règle qu'une seule quarantaine —celle de rigueur,— la

quarantaine d'observation ne devrait être qu'une exception.

M. Bartoletti s'arrête un instant sur les reproches adressés à la Commission par M. Mühlig et par M. Fauvel. D'après ce dernier il y a confusion dans le rapport, malgré cela il déclare qu'il est d'accord avec la Commission. Si la confusion, dit M. Bartoletti, ne porte que sur des mots il serait facile de s'entendre, mais s'il y a différence de système, et c'est, selon lui, ce dont il s'agit, avant que de se prononcer, la Conférence devrait étudier les deux systèmes et la Commission aussi, vu qu'elle connait à fond son rapport mais elle n'a nulle idée du système de M Fauvel.

M, Fauvel désire avant tout que la Commission soit bien pénétrée qu'on n'argumente pas contre elle. On discute, dit-il, sur une question qui doit être soumise à l'appréciation et l'approbation des gouvernements, donc, il est essentiel de s'assurer que la solutiou proposée répond au but pratique. La Conférence ne pourrait proposer des mesures contestables qu'au risque de les voir rejetées : Cette considération oblige d'étudier la question à fond pour s'entendre sur ce qui est acceptable et sur ce qui offre les garanties voulues, et aussi pour être sûr qne ce qu'on propose est pratique. C'est dans ce sens et avec cette intention qu'il a soumis sa proposition, proposition qu'il a mûrement étudiée avant de l'exposer. Si on lui démontre, que ce qu'il propose n'est pas bon et que les raisons qu'il a fait valoir à l'appui ne sont pas solides , il se déclare prêt à accepter l'opinion que la majorité jugera la plus fondée.

M. Fauvel ajoute, dans l'intérêt de la discussion, d'autres considérations à celles qu'il a déjà exposées. On a dit qu'au point de vue de l'isolement, les deux quarantaines sont tout à fait différentes et on a cité le débarquement pour l'une et le non débarquement pour l'autre. Le débarquement, fait observer M. Fauvel, est une opération très onéreuse, or, vouloir l'imposer à tous les navires ce serait rendre la mesure non pratique. On a prétendu qu'un navire soumis à la quarantaine d'observation ne se prête pas à une surveillance rigoureuse et que par conséquent il ne peut pas y avoir isolement complet. Mais pour M. Fauvel ce danger réside autant et même plus dans le lazaret : à moins d'avoir des lazarets immenses il serait impossible d'obtenir une séparation complète des différentes catégories. Qu'on suppose dit M. Fauvel, 2,000 quarantenaires, chiffre qui grâce à la facilité des communications peut de nos jours être très

facilement atteint et même dépassé. Comment pourrait-on parvenir à tenir séparée une catégorie d'une autre, et, que d'espace, quel nombre prodigieux de bâtisses le lazaret ne devrait-il avoir?

Tout cela, par contre, se ferait très naturellement à bord des navires: là les catégories se font pour ainsi dire d'elles-mêmes et rien de plus facile que d'avoir un isolement complet. Serait-il juste, se demande M. Fauvel, par le seul fait de suspicion d'exposer les individus non infectés à contracter la maladie en les jettant brusquement dans le lazaret et en les laissant pêle-mêle avec les cholériques ? On prétend que le navire peut communiquer facilement avec les personnea du dehors, mais rien de plus aisé, dit M. Fauvel, que de faire mouiller le navire loin du port et de l'isoler, c'est ordinairement de cette manière que la quarantaine se fait. C'est aussi le système qui est en vigueur à Constantinople, et, certes il n'a pas donné de mauvais résultats, au contraire on peut affirmer qu'il a été pratiqué avec succès. On a dit encore, continue M. Fauvel, que la désinfection ns pourrait être que partielle — mais le rapport même dit qu'on fera une désinfection hygiènique et qu'on ne désinfectera pas les marchandises si elles ne sont pas susceptibles. D'après M. Maccas la distinction serait justifiée si on tenait compte de la durée de la traversée, mais M. Fauvel l'a déjà dit — la durée ne fait rien à la question : la durée de la quarantaine d'observation peut-être tout aussi longue que celle de la quarantaine de rigueur.La différence importante est dans le débarquement ou le non débarquement au lazaret. M. Fauvel dit en términant que sa proposition n'est qu'une addition qui ne contredit nullement la conclusion mais qui la complète et la met d'accord avec le texte.

M. Bartoletti avoue qu'il n'est pas assez éclairé sur cette addition et il croit que la proposition de M. Fauvel porte sur une question qui n'est pas mise en discussion et qui constitue un système opposé à celui de la Commission.Il y a,fait-il observer,tout un chapitre dans le rapport qui traite de l'application du régime quarantenaire — lorsque la discussion sera portée sur ce chapitre alors seulement on pourra mettre sur le tapis la question posée par M. Fauvel.

M. Dickson estime que le désaccord dépend en grande partie de ce que l'on ne distingue pas assez ce qui est dû à la nature de la patente, et, ce qui est dû à la condition du navire. La patente indique le signalement de

l'état sanitaire du lieu du départ, elle signale s'il y a le choléra ou non. Mais la quarantaine qu'on doit appliquer au navire doit résulter des conditions qu'il présente à son arrivée, y compris celles de la traversée. A tout cela il faudra ajouter la teneur de la patente. Cela étant admis, un navire en patente nette ferait, dans certains cas, la quarantaine de rigueur, et, un navire avec patente brute pourrait ne faire que la quarantaine d'observation.

M. Hübsch pense que les différentes opinions pourraient se mettre d'accord si en parlant des quarantaines on supprimait les mots — d'*observation* et *de rigueur*.

M. Bartoletti lui fait remarquer que cela n'est guère possible vû que ces mots se trouvent dans le programme. Il rappelle en outre à M. Dickson que tout un chapitre du rapport traite séparément la question de la patente.

M. Sawas demande à faire une observation. Jusqu'à présent, dit-il, la Conférence dans ses discussions, a commencé par l'examen des principes, mais en cette circonstance on veut lui faire suivre une marche contraire. M. Sawas croit qu'elle ne devrait point changer de système, et, il l'engage à procéder de la même manière que par le passé. Une fois, le principe admis, elle pourrait, selon lui,passer à l'examen de l'application et alors aussi pourraient trouver place les additions ou les éclaircissments contenus dans la proposition de M. Fauvel, proposition cependant qui n'est en définitive qu'un système contraire à celui de la Commission

M. Fauvel ajoute encore quelques mots dans le but de faire bien comprendre que sa proposition ne porte que sur le paragraphe de la page 27 où, à la troisième ligne, on indique les cas ou l'on doit appliquer la quarantaine d'observation. Qu'on mette son addition dans le texte à la place des points 1° et 2° si on ne veut pas l'ajouter à la conclusion. Il déclare qu'il était prêt à supprimer de sa définition les mots *quelle que soit la patente,* pour se mettre d'accord avec M. Maccas, mais voyant l'impossibilité d'y parvenir, il maintient sa proposition dans son texte primitif.

Sur la demande de plusieurs délégués, S. Exc. le Président met aux voix l'amendement de M. Fauvel.

Il obtient 11 contre 14 :

Ont voté pour :

MM. Sotto, —Spadaro,— Lallemand,—Fauvel,—Goodeve,—Dickson,—Millingen,—Testa,—Muhlig,—Bykow.—Salem bey.

Ont voté contre :

MM.Vetsera=Segovia,—Monlau,—Maccas,—Bosi,— Salvatori, Keun, — Mirza Malcom khan,—Sawas, – de Soveral,— Stenersen,—Hubsch,—Pélikan – Bartoletti.

M. Mühlig demande qu'on mette aussi aux voix son amendement. Il serait intercalé dans le texte, immédiatement après les mots—*et de l'état, sanitaire* de l'équipage et des passagers.

M. Sawas considère cet amendement comme tout-à-fait superflu.

M. Bosi n'y voit qu'un détail de l'amendement de M. Fauvel.

M. Bartoletti dit que cet amendement pourrait trouver place à page 37, et il avait cru que c'était là que M. Mühlig avait l'intention de l'intercaler

M. Stenersen est d'avis que cet amendement n'a aucun rapport avec la question qu'on discute et il s'étonne que M. Mühlig persiste à vouloir l'y rattacher.

S. Exc. le Président le met aux voix.

Il obtien dix voix contre 14.

Ont voté pour :

MM. Sotto,—Spadaro,—de Lallemand,—Fauvel,—Goodeve,— Dickson, Testa,—Mühlig,—Hübsch,—Salem bey.

Ont voté contre :

MM. Segovia, Monlau, —Maccas,—Bosi,—Salvatori,—Keun,—Milingen. —Mirza Malcom khan, —Sawas,— de Soveral, — Pelikan, — Bykow, — Stenersen, – Bartoletti.

M. le Président met aux voix le texte tel quel du 4[me] chapitre du rapport

Il est adopté à la majorité de onze voix contre 5 et 7 abstentions.

On vote pour:

MM.Maccas,—Bosi,—Salvatore,—Keun,—Mirza Malcom Khan,—Sawas —De Soveral,—Pelikan,—Stenersen,—Bartoletti,—S. E. Salih Effendi,

Ont voté contre:

MM. Sotto,—Spadaro,—Fauvel,—Testa,— Mühlig.

Se sont abstenus de voter :

MM. Segovia,—Monlau,—de Lallemand,—Goodeve,—Dickson,—Bykow. —Hübsch.

M. le Président met aux voix la conclusion du quatrième chapitre)à page 27).

Elle est adoptée à la majorité de 21 voix-zéro contre et 3 abstentions.

Ont voté pour:

MM. Spadaro,—de Lallemand,—Fauvel,—Goodeve,—Dickson,—Maccas, (avec réserve) Bosi,—Salvatori,—Keun—Millingen,—Mirza Malcom khan, —Sawas,—Pinto de Soveral,—Testa,—Mühlig,—Pelikan avec réserve)Bykow,—Stenersen,—Hübsch,—Bartoletti,—S. E. Salih Effendi.

Se sont abstenus de voter :

MM. Sotto,—Segovia,—Monlau.

MM. Monlau — Maccas et Pelikan déclarent qu'ils n'entendent pas accepter qu'il y aura quarantaine d'observation pour les navires en patente brute. Ils déclarent en outre qu'ils sont contraires aux demi-mesures.

M. Bartoletti donne lecture de l'article 11 du 4e Chapitre, qui porte pour titre—De la quarantaine applicable aux personnes venant d'un lieu contaminé. — Quelle doit en être la durée?—A partir de quel moment doit compter la quarantaine ?

M. Mühlig demande la parole. Il s'agit, dit-il, d'une question très importante à propos de laquelle il va exposer sa manière de voir, et comme elle diffère de celle de la Commission il prie la Conférence de lui prêter son attention.

Il conviendrait, selon lui, de fixer avant tout, d'une manière générale la durée de la quarantaine en faisant pour un moment abstraction de la quarantaine d'observation et de la quarantaine de rigueur. Jusqu'à présent, dit M. Mühlig, on prenait pour base la durée de l'incubation mais ce principe ne lui parait pas applicable au cas présent, et en outre c'est un principe qui conduit nécessairement à des mécomptes. La Commission a dit que l'incubation ne dure jamais plus de dix jours, et qu'au bout de ce terme il se développe néceesairement ou le choléra confirmé ou la diarrhée cholérique. Cela est exact, dit M. Mühlig, mais il serait dangereux de prendre ce fait pour base dans la fixation de la durée de la quarantaine. Un pareil procédé supposerait que l'observation a eu lieu sur des individus parfaitement isolés l'un de l'autre par une distance de 100 mètres au moins et qu'il serait facile de reconnaître le moment où un dérangement intestinal se déclare.—Ces indices de choléra, selon M. Mühlig, sont impossibles à saisir, car l'observation a toujours lieu sur des groupes d'individus et les dérangements intestinaux échappent très facilement

à l'observation, s'il y a intérêt à les dissimuler. Ces diarrhées ont certainement leur importance dans cette question, mais seulement dans ce sens· que si l'existence d'une diarrhée est constatée on conclut à l'existence du danger tandisque la non constatation des diarrhées ne suffit pas pour rassurer,car l'absence de leur constatation est loin d'être une preuve de leur non existence. De sorte qu'on ne peut pas être de l'avis de la Commission, c'est à dire, que si au bout de 10 jours aucun cas de diarrhée n'a été constaté il faut donner libre pratique aux quarantenaires. Il importe donc d'après M. Mühlig, de chercher nn tout autre principe pour fixer la durée de la quarantaine, Or, selon lui il n'y a dans ce cas d'autre guide possible, et en cela il est d'accord avec presque tous les médecins, que le choléra confirmé La question donc serait celle-ci—quel est le maximum du temps qui s'écoule entre le moment où un groupe d'hommes a quitté un foyer cholérique et la première attaque cholérique qui se manifeste dans ce groupe. La question, dit M. Mühlig, ainsi posée, a une portée véritablement pratique. Mais quels sont les enseignements de l'expérience à ce sujet ?

M. Mühlig croit utile, de consulter, à cet effet, l'aperçu historique de la conférence, et il appelle l'attention sur les faits suivants :

A page 8 :

« Un garde qui avait fait dix jours de quarantaine tomba malade deux jours après la pratique et mourut en ville—l'attaque eut lieu 12 jours après la séquestration. »

A page 9 :

« Le nommé Stamati Aïvalioti fut atteint à Enos 13 jours après son arrivée ; jusqu'alors on n'avait observé à Enos aucun cas d'indisposition intestinale ni de choléra. »

A page 14 :

« En Crète, le dernier décès parmi les passagers du vapeur Missiri a eu lieu le 6 juillet. Le nommé Antonio, frère du pharmacien qui assistait les cholériques fut atteint le 16 juillet — donc il y a eu un intervalle de 10 jours, ce qui prouve que les dix jours écoulés depuis le dernier cas n'offrent pas une garantie suffisante. »

A page 20 :

» A Suleymanié les premiers cas ont eu lieu le 31 Octobre. Il faut

arriver jusqu'au 13 Novembre, c'est à dire à 13 jours d'intervalle pour trouver de nouveaux cas. »

A page 22:

A Erzeroum du 7 au 23 Novembre point d'accidents—le 23 Novembre 12 cas—donc 16 jours d'intervalle :

A page 28:

» La diarrhée de l'enfant de la Dame d'Altembourg datant de plus de 11 jours, devient la cause probable de l'attaque chólériqee de la mère, »

A page 31.

La femme de Puccinotti, arrivée le 4 Août d'Alexandrie à Trieste, est mise en quarantaine d'observation, le choléra ne s'étant pas manifesté pendant la traversée. Elle est atteinte de choléra le 8 – c'est à dire 4 jours après son arrivée, et dix jours après son départ en y ajoutant les jours de traversée.

A page 39 et 41 :

Les faits suivants ont été bien constatés à Gibraltar par l'Inspecteur-Général M. Rutherford.

1° Le 2e bataillon du 22e régiment s'est embarqué le 5 et le 6 juillet à Malte où le choléra règne. Il arrive à Gibraltar qui est parfaitement indemne le 10 Juillet. Le premier cas de choléra s'y manifeste le 18, c'est à dire au bout de 12 jours.

Le second cas n'eut lieu dans ce régiment que le 31 Juillet, c'est à dire après 13 jours. Le choléra régnant donc à Gibraltar, une partie du 1r bataillon du 9e régiment est embarqué à bord du *Renowme* le jour suivant, 22 Août, un cas de choléra s'y manifeste et 30 heures après le bâtiment prend le large ; or, le 5 Septembre, c'est à dire après 13 jours de mer et le quatorzième après le premier cas, le choléra s'y déclare sous une forme très maligne et emporte 9 hommes. Il y avait à bord un médecin qui n'a observé aucun cas dans l'intervalle.

Les faits donc prouvent, dit M. Mühlig, que le temps de l'état latent du choléra dans un groupe d'individus peut être de 10, 12, 13, 14, et même de 16 jours. M. Mühlig dit *état latent*, car il est probable que le choléra y régnait déjà sous la forme de diarrhées qui se succédaient, mais qui devaient nécessairement échapper dans une agglomération d'hommes. Que l'on ne dise pas qu'on les aurait certainement découvertes dans un lazaret. Comment, se demande M. Mühlig, un ou deux médecins pourraient-ils con-

trôler dans une agglomération de quelques centaines et même de quelques milliers d'hommes une affection aussi difficile à contrôler que la diarrhée, surtout si tous d'un commun accord ont resolu de la tenir cachée ? Mais on dira qu'il y a des gardes de santé. Croirait-on sérieusement trouver une garantie suffisante dans la présence d'un garde de santé là où un médecin même en offrirait à peine une? Ainsi, pour M. Mühlig, il n'y a pas de doute possible à ce sujet: pour arriver à un terme de quarantaine rationnel et présentant les garanties voulues, il faut tenir compte non seulement de l'incubation mais aussi de la durée de la diarrhée et il faut constater surtout au bout de combien de temps se manifestent les premiers cas de choléra confirmé dans une agglomération d'hommes contaminés. En tenant compte de tout cela, M. Mühlig arriverait à fixer la durée de la quarantaine en général à 17 jours pleins. En Amérique, dit-il, on a admis 21 jours. C'est-à-dire la durée de la quarantaine serait de 17 jours pleins avec les modifications indiquées selon qu'il s'agit d'une quarantaine d'observation ou d'une quarantaine de rigueur.

Voilà maintenant, dit M. Mühlig, les differences à établir sous ce dernier rapport: différences résultant surtout du moment que l'on prendrait comme point de départ pour le calcul :

Quarantaine d'observation. Point de débarquement au lazaret, ancrage distant du lazaret, pour des navires en patente brute.

1°. Médecin à bord—à compter depuis le jour du départ — donc traversée à déduire du terme 17—un jour d'observation en sus de cette durée.

2°. Point de médecin à bord — plus de 17 jours de traversée — 5 jours d'observation.

Pour les navires en patente nette la durée de la quarantaine sera déterminée dans chaque cas special par l'autorité sanitaire.

Quarantaine de rigueur. — Choléra à bord, moins de 17 jours de traversée et sans médecin à bord — 17 jours de quarantaine à compter depuis le moment du débarquement des marchandises et des passagers et depuis le moment qu'ils ont pris à bord un garde de santé. — Si l'on y constate encore l'existence du choléra ou des diarrhées cholériques à compter depuis le dernier accident qui a eu lieu pendant la coutumace.

Pour les provenances de terre, M. Mühlig est d'avis qu'il ne faut admettre que la quarantaine de rigueur.

Le terme de 17 jours pourrait, dit M. Mühlig, effrayer, mais en pra-

tique la question se présente d'une manière bien différente. Pour les bateaux à vapeur ayant un médecin à bord et venant de loin la quarantaine se réduirait le plus souvent à quelques jours ou même à rien ; pour ceux qui viennent d'un foyer très rapproché une plus grande rigueur serait d'autre part une garantie nécessaire. Pour les bâtiments à voile la quarantaine ne serait dans un grand nombre de cas que de 5 jours : du reste, comme ils n'ont pas ordinairement beaucoup de passagers à bord, il ne résulterait point d'encombrement dans les lazarets, même s'ils avaient à purger une quarantaine prolongée.

M. Mühlig soumet à l'appréciation de la Conférence l'opinion du Dr Hakemann qui a décrit l'épidémie de Mecklembourg. Il dit à propos des quarantaines qu'elles ont été souvent inefficaces contre la propagation du choléra pour deux raisons, soit parce que la durée de l'incubation a été plus longue qu'à l'ordinaire, soit, et c'est ce qui arrive le plus souvent, que le germe cholérique se soit reproduit pendant la durée de la quarantaine uniquement par des malades souffrant de diarrhée. Or, afin que la quarantaine offre une certaine garantie d'efficacité il faudra d'abord qu'elle comprenne tous les navires venant de localités infectées ; ensuite, si un cas de choléra a eu lieu à bord il faudra qu'elle dure jusqu'à ce que le maximum de l'incubation soit passé, à compter de la fin de ce cas : elle doit durer autant si les personnes de bord restent en bonne santé, à compter pourtant du jour du départ du lieu infecté. Enfin elle ne devra point cesser avant que tout l'équipage soit exempt de tout dérangement du tube digestif.

M. Goodeve tient à faire une observation coucernant la 3me conclusion énoncée dans le rapport par MM. Pélikan et Maccas (voir page 28). Ils soutiennent que la diarrhée qui se manifeste à bord d'un bâtiment provenant d'un lieu cholérique est de nature cholérique dans l'immense majorité des cas. M. Goodeve conteste l'exactitude de cette assertion en ce qui regarde les provenances des pays chauds, de l'Inde, par exemple, et de l'extrême Orient en général. Il affirme au contraire que la grande majorité des flux intestinaux qui ont lieu parmi ceux qui s'embarquent dans les ports infectés de ces pays ne sont nullement de nature cholérique. Les maladies qui ont cours sous le nom de diarrhée chronique, de dyssenterie sont extrêmement fréquentes dans les pays chauds et exigent impérieusement pour leur guérison un changement de domicile, ainsi, on en trouve tou-

jours dans les navires voyageant de ces pays vers l'Europe. Il serait, dit M. Goodeve, bien funeste de les confondre avec les maladies cholériques, par conséquent, il se croit en devoir de signaler ce fait.

Le système ingénieux, que M. Mühlig vient d'exposer ne parait à M. Fauvel, ni aussi pratique ni aussi sûr qu'il le croit. Pour M. Fauvel la durée de la quarantaine que M. Mühlig voudrait établir serait une rigueur inutile. D'après la manière de voir de M. Mühlig on devrait compter la durée de l'incubation non pas d'après les premiers accidents cholériques prémonitaires, qui échappent ordinairement, ce que M. Fauvel ne conteste pas, mais d'après le temps où d'ordinaire se déclare le choléra confirmé. Qu'on prenne, dit M. Fauvel, tous les exemples connus et l'on verra que 2 ou 3 jours après le départ d'un lieu infecté, la diarrhée cholérique, suivie ou non du choléra confirmé dans un temps très court, se déclare à bord, ou bien rien ne se manifeste. Or, M. Mühlig voudrait attendre l'époque du développement des attaques du choléra pour fixer la durée de la quarantaine.

Quant aux faits cités par M. Mühlig ils sont de nature, dit M. Fauvel, à être interprêtés autrement qu'il ne l'a fait, et rien ne serait plus aisé que de les réfuter et de le faire servir à une théorie contraire à celle qu'il soutient. Ainsi, par exemple, on pourrait soutenir que l'individu du premier cas qui fut atteint du choléra deux jours après la pratique, puisa le germe de la maladie dans le lazaret même pendant qu'il purgeait sa quarantaine.

L'individu qui mourut de choléra à Enos (voir le 2me cas) peut avoir contractée la maladie après sa sortie du navire.—Sait-on ce qu'il a fait et où est-il allé pendant les 13 jours qui se sont écoulés depuis qu'il a quitté le navire jusqu'au jour de sa mort?—Ce qu'on peut dire relativement au cas de la Crête, c'est que le nommé Antonio étant en rapport continuel et direct avec son frère le pharmacien qui assistait les cholériques, peut avoir puisé le mal dans les hardes de celui-ci qui n'avaient été soumis à aucune purification réglementaire.

—Le fait de Gibraltar est loin aussi, dit M. Fauvel, de prouver la durée de l'incubation. En effet, 12 jours se sont écoulés entre le moment du départ et le développement du premier cas. Mais qu'on n'oublie pas, dit M. Fauvel, qu'à cette époque là on ne tenait pas compte de la diarrhée.—Il est donc

naturel de présumer qu'elle existait parmi les soldats du régiment, et qu'elle a passé inaperçue.

M. Fauvel sachant que M. Bartoletti ne laissera pas sans réfutation les cas que M. Mühlig a extrait de son aperçu historique, n'entend pas pousser plus loin l'analyse de ces mêmes faits. Ce qu'il a dit, est plus que suffisant, croit-il, pour démontrer leur insuffisance par rapport à la thèse que M. Mühlig a cru appuyer sur eux. Il passe donc à l'examen des autres points du discours de M. Mühlig.

Et d'abord, maintenant que l'attention est fixée sur l'importance de la diarrhée sera-t-il aussi difficile que M. Mühlig le suppose de découvrir même dans un groupe d'individus les cas de diarrhée suspecte ? M. Fauvel ne le pense pas.

D'un autre côté, il y a des exemples qui prouvent qu'après une épidémie il y a des petites réminiscences qui éclatent après plusieurs mois. Peut-on dire que pendant tout le temps qui s'est écoulé entre la grande épidémie et ces réminiscences la maladie soit restée en état d'incubation? N'est-il pas nécessaire d'admettre d'autres causes ?

M. Fauvel croit que l'échelle donnée par M. Mühlig est arbitraire. Pourquoi fixer la quarantaine à 17 jours ? il y a des exemples où le développement des premières attaques de choléra confirmé n'a eu lieu que 20, 25 jours et plus après le départ. On pourrait donc étendre davantage la durée de la quarantaine. Mais en réalité cela n'est pas nécessaire et M. Fauvel est d'avis que le terme de 10 jours donne une garantie suffisante combinée avec les moyens de désinfection. Si même les premiers cas de diarrhée à bord d'un navire échappent, le choléra, grâce aux 10 jours de quarantaine, aura le temps de se manifester et la diarrhée pourra être révélée à une surveillance attentive. Mais y eut-il quelques exceptions, qu'elles ne devraient pas servir de règle à tout un système. Il faut qu'il y ait proportion entre le danger et les moyens de s'en préserver, autrement on arrive à des mesures exagérées et inapplicables parcequ'elles ne sont pas suffisamment justifiées.

M. Bartoletti obtient la parole :

Il fait observer que les faits empruntés à son rapport sont, comme l'a très bien dit M. Fauvel, loin d'être aussi probants que le pense M. Mühlig. Pour qu'il en fût ainsi, ces faits devraient être dégagés de toute autre interprétation. Or le cas n'est pas tel.

En effet, dit M. Bartoletti, le garde de santé qui a été atteint après 10 jours de quarantaine et 2 de séjour en ville, a pu contracter le germe de

la maladie pendant qu'il purgeait sa quarantaine dans un milieu aussi infecté que l'était le lazaret des Dardanelles. Le soldat faisant la garde à l'extérieur du lazaret et qui eut le choléra n'était-il pas plus à l'abri que la garde de santé qui y était enfermé ? Stamati Aïvaliotis avait été malade depuis son arrivée à Enos et s'était soigné lui-même sans l'intervention de médecin, le 13e jour le choléra s'est confirmé chez-lui. Il faut ajouter qu'un grand nombre de navires de provenances cholériques purgeaient quarantaine dans le port de Stamatis qui était un marin ; on ne saurait donc dire la date de l'attaque.

En Crète le nommé Antonio, frère du pharmacien assistant les cholériques, a probablement reçu le germe de la maladie, qui se développa quelques jours plus tard, des effets de ce dernier qui n'avait pas encore accompli la période de la quarantaine réglementaire. D'ailleurs le précédent cas de choléra dans le lazaret eut lieu non pas le 6 mais le 8 juillet, ce qui réduirait de 2 jours la durée présumée de l'incubation.

—Les cas de Suléimanié et d'Erzeroum ne prouvent absolument rien par rapport à l'incubation. Il ne s'agit là que de récrudescences comme on en voit par tout. Le fait s'explique aussi par l'arrivée successive de pélerins et de voyageurs qui y ont apporté la maladie à plusieurs reprises.

— La dame d'Altenbourg avait son enfant malade de la diarrhée depuis Odessa et, de plus, il n'est pas dit qu'elle n'a pas eu de communications compromettantes le long du Bas-Danube où le bateau a dû s'arrêter et où le choléra régnait dans plusieurs localités.

— La femme Puccinotti, provenant d'Alexandrie, n'avait-elle pas avec elle ses effets sortant d'un foyer d'infection et dont la contamination est un fait très admissible ?

— Quant aux faits de Gibraltar et ceux survenus sur mer à un intervalle de 13 et 14 jours, le rapport ne dit rien de la diarrhée, sauf une seule fois ; or s'agissant de régiments embarqués, la chose n'était pas facile à constater et elle a pu passer inaperçue.

Il est évident, conclut M. Bartoletti, que, d'après toutes ces circonstances, les faits complèxes dont il s'agit, peuvent être interprêtés de différentes manières et, par conséquent, ils sont d'une démonstra tion fort équivoque au point de vue de la durée de l'incubation. Une saine critique doit en tenir compte.

— D'après M. Goodeve, la théorie de M. Mühlig repose sur un principe

très-contestable, c'est-à-dire sur des cas de longue incubation qui sont tout à fait exceptionnels. La règle générale démontre au contraire que l'incubation ne dure d'ordinaire que quelques jours ; donc, M. Mühlig demande trop ou très peu.—Au lieu de s'arrêter à 15 ou à 17 jours d'épreuve il pourrait de la même façon et en s'appuyant sur la longue durée de la diarrhée exiger 30 jours et même plus. Les statistiques, dit M Goodeve, sur la durée de la diarrhée mortelle de toute espèce pendant les épidémies de choléra (celle de Londres par exemple en 1845 et 54 présentent une mortalité dont la durée des cas varie entre quelques heures et 5 à 6 semaines. Mais la grande majorité des cas succombent avant le 10e jour. Il est très probable que les cas cholériques de longue durée aient été partout des cas qui ont commencé par des diarrhées simples ou des diarrhées d'été qui à cause de l'épidémie régnante se sont transformées en choléra on en diarrhées cholériques, et que c'est de ces cas complèxes qu'on a tiré des conclusions sur la durée occasionnelle des diarrhées prémonitoires de plusieurs semaines de date. La possibilité d'nne pareille complication ôte beaucoup de leur valeur quand on vient à en faire une application pratique. M. Goodeve ne partage pas l'opinion de M. Mühlig qui soutient qu'il faut en pratique compter pour période d'incubation tout le temps qui se serait écoulé depuis le moment de l'infection possible de l'individu jusqu'au développement du choléra, mais il croit que dans la pratique il faut, comme pour les autres maladies, plutôt compter depuis l'invasion jusqu'aux premiers symptômes.

Pour ce qui est du cas du *Renown*, cité par M. Mühlig, il ne prouve pas, selon M. Goodeve, qu'il y a eu, en définitive, une incubation de 14 jours. N'ayant pas l'histoire complète de cette épidémie, on est autorisé à croire qu'il y a eu des diarrhées prémonitoires qui ont regné plusieurs jours avant l'explosion, à bord, du choléra confirmé. Cinq ou six jours d'incubation, et, sept ou 8 jours de diarrhées rendraient compte, dit M. Goodeve, des 14 jours écoulés après la mort du soldat qui eut lieu à bord, et, cela même en l'absence d'autre cause d'infection plus tardive soit par des effets soit par des hardes contaminées.

M. Goodeve croit avec M. Fauvel qu'il n'est pas aussi difficile que le pense M. Mühlig de constater, parmi des groupes de personnes, l'existence des diarrhées, et, il opine que le terme de 10 jours est suffisant pour le choléra, car, pendant ce laps de temps une diarrhée cholérique déclarera

sa nature d'une manière assez prononcée. Quoiqu'il ne nie pas qu'il puisse y avoir des exceptions d'une plus longue durée, M. Goodeve est convaincu qu'en pratique il serait impossible de baser des règles de quarantaine sur des cas tout à fait exceptionnels et qui exigeraient, d'ailleurs, trois ou quatre semaines d'isolement. M. Goodeve conclut que la quarantaine basée sur ces cas exceptionnels porterait bien plus de préjudice que d'avantage et serait contraire aux vrais intérêts des peuples.

Sur la demande générale on met aux voix l'article 11e du 4e chapitre.

Il est adopté à la majorité de 17 voix-zéro contre, et, trois adhésions conditionnelles.

Ont voté pour :

MM. Sotto,—Monlau, —Spadaro,— de Lallemand,— Fauvel,—Goodeve, —Dickson, —Maccas,—Bosi, —Salvatori, —Malcom khan,—Sawas, —Bykow,—Hübsch,—Stenersen,—Bartoletti,—S. Exc. Salih Effendi.

M. Pelikan et M. Millingen déclarent qu'ils auraient voté pour l'article entier si la quarantaine était portée à 15 jours, et, MM. Keun et Mühlig si elle était portée à 17 jours.

La séance est levée à 6 heures.

Ordre du jour de la prochaine séance.

Suite de la discussion du rapport de la 2me Commission.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Dr Naranzi; — Bon de Collongue.

N° 43.

SÉANCE DU 25 SEPTEMBRE 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 25 septembre, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa quarante-troisième séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien

Pour la Belgique :

M. le Cte de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour le Danemark :

M. le Cher Dumreicher, consul-général de S. M. le Roi de Danemark à Alexandrie.

Pour l'Espagne :

Don Antonio Maria Segovia, consul général, chargé d'affaires ;

M. le Docteur Monlau, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

M le Docteur Ignace Spadaro ;

Pour la France :

M. le comte de Lallemand, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur Fauvel, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur Goodeve, chirurgien-major de l'armée des Indes médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. Dickson, médecin de l'Ambassade de S. M. B., délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople.

Pour la Grèce :

M Kalergi, secrétaire de la Légation de S M. le Roi des Hellènes ;

M. le Docteur G. A. Maccas, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes ;

Pour l'Italie :

M. A. Vernoni, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie.

M. le professeur Frédéric Bosi ;

M. le Docteur G. Salvatori, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. Keun, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur Millingen, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

M. le Docteur Sawas Efendi, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité à Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

Pour la Prusse :

M. le Bon Testa, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur MÜHLIG, médecin de la Légation de Prusse, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur PELIKAN, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur BYKOW, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. OLUF STENERSEN, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation à Constantinople ;

M. le Docteur baron HÜBSCH ;

Pour la Turquie :

S. EXC. SALIH EFENDI, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur BARTOLETTI, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur SALEM BEY, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse-mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

La séance est ouverte à midi.

Le procès-verbal de la 41me séance est lu par M. le Bon de Collongue et adopté.

Lecture est donnée de la 12me section (chapitre IV) du rapport de la seconde Commission.

M. le Dr Goodeve propose que la durée du voyage soit déduite de celle de la quarantaine pour les navires qui seraient reconnus se trouver dans de bonnes conditions hygiéniques quand bien même deux ou trois cas de choléra auraient eu lieu pendant les trois ou quatre premiers jours de la traversée. La quarantaine d'observation serait alors réputée avoir commencé 24 heures après la cessation du dernier cas constaté, les hardes et effets des malades ayant d'ailleurs été détruits et le local qu'ils habitaient soigneusement désinfecté. Le navire ne serait donc soumis à son arrivée à destination qu'à une quarantaine d'observation dont la durée serait cal-

culée de manière à lui compléter ses dix jours d'observation. M. le Dr Goodeve ajoute que cette concession aurait un intérêt particulier pour les navires qui viennent des Indes en Europe et notamment pour ceux qui partent de Calcutta. Ces derniers embarquent fréquemment des individus qui ont contracté le germe cholérique à terre et qui tombent malades un jour ou deux après l'embarquement ; les accidents cholériques cessent la plupart du temps dès que le navire a quitté la rivière et gagné la pleine mer.

Le rapport réduisant d'autre part la durée de la quarantaine à cinq jours lorsque la traversée a duré 15 jours ou plus, M. le Dr Goodeve propose en second lieu que pour les navires partant d'un lieu contaminé, mais dont la traversée dure des mois entiers, la quarantaine soit totalement supprimée. Se fondant sur ce qu'il n'y a pas d'exemple que depuis cinquante ans le choléra ait été importé des Indes en Europe par les navires à voiles qui passent par le Cap de Bonne-Espérance. M. le Dr Goodeve est convaincu qu'il suffirait, après une traversée de plus de 30 jours, que le navire fût soumis à la formalité de l'arraisonnement ; si le résultat en était satisfaisant, il pourrait alors sans danger être admis à la libre pratique.

M. le Bon Testa appuie cette dernière proposition.

Il en de même de M. Keun qui cite le fait d'un navire à voiles récemment arrivé à Constantinople d'Anvers et qui bien qu'ayant eu une traversée de 70 jours fut cependant soumis à une quarantaine de dix jours aux Dardanelles.

M. le Cte de Lallemand pense que cette proposition ne pourrait en tous cas être accueillie que tout autant qu'il n'y aurait pas à bord des marchandises de la catégorie de celles que la Conférence a déclarées dangereuses et qui, confinées à bord d'un navire, peuvent transmettre le choléra après des traversées ayant duré plus de trente jours. La Conférence ne doit pas oublier que tout récemment le choléra paraît avoir été importé à la Guadeloupe par un bâtiment dont la traversée n'avait pas été de moins de 30 jours.

M. le Dr Goodeve ne croit pas que passé un certain délai les marchandises puissent conserver la faculté de transmettre la maladie et dès lors que la désinfection en soit nécessaire. Il ne fait d'exception que pour les drilles et les chiffons.

Le Dr Salem Bey croit que ce serait s'exposer aux plus grands dangers

que d'accorder la libre pratique aux navires à bord desquels il se serait produit des accidents cholériques pendant la traversée. Au contraire, la seconde proposition de M. le Dr Goodeve lui paraîtrait pouvoir être accueillie sans inconvénient.

M. Segovia appuie l'observation de M. le Cte de Lallemand. Un navire doit être considéré comme un foyer suspect et si la science n'a pu encore arriver à fixer le temps pendant lequel le germe cholérique recélé dans des marchandises confinées peut conserver sa puissance d'action, il n'en est pas moins évident que cette action peut s'exercer quelquefois après des voyages de plusieurs mois. Sans demander du reste que toutes les marchandises indistinctement soient désinfectées, M. Segovia fait remarquer qu'il y a marchandises et marchandises et qu'il y en a certaines pour lesquelles il serait sans nul doute imprudent de se départir de toute espèce de précaution.

M. le Dr Dickson divise toutes les provenances cholériques en deux catégories, celles qui sont dangereuses et celles qui ne le sont pas. Il range dans la première catégorie les navires qui ont eu pendant le trajet des cas de choléra ou de diarrhée cholérique, qui sont encombrés, qui transportent des émigrants ou des pèlerins, enfin qui sont dans de mauvaises conditions hygiéniques. Dans la seconde, ceux qui ne se trouvent dans aucun des cas qui viennent d'être énumérés. Les provenances dangereuses devraient, dans l'opinion de M. le Dr Dickson, subir la quarantaine de rigueur. Quant aux provenances non dangereuses, elles devraient à l'exception de celles dont la traversée aurait été longue et auxquelles on pourrait pour cette raison donner presque immédiatement la pratique, subir la quarantaine telle qu'elle est établie par la Commission.

M. Keun ne croit pas qu'on puisse citer d'exemple de transmission du choléra par des marchandises après une traversée de 60 ou 70 jours. Cependant il admet avec M. le Cte de Lallemand qu'il puisse être nécessaire, même après un long voyage, de prendre des précautions spéciales lorsqu'il s'agit de certaines marchandises.

M. le Dr Goodeve objecte qu'à bord des grands navires tels qu'on les construit actuellement, l'aération s'opère aussi bien, sinon mieux, que dans aucun lazaret. Un navire de 1re classe qui file dix nœuds se trouve certainement dans les meilleures conditions au point de vue de la désinfection par l'air.

D'après M. le Dr Fauvel, la Conférence ne pourrait adopter la première proposition de M. le Dr Goodeve sans renverser tous les principes qu'elle a précédemment admis, principes dont la base est que tout bâtiment ayant eu à bord des accidents cholériques peut devenir un foyer persistant, et dès lors qu'il est indispensable à l'arrivée de recourir aux mesures de désinfection. M. le Dr Fauvel conteste d'ailleurs que toutes les parties d'un navire soient dans les mêmes conditions au point de vue de l'aération et de la ventilation. Si les régions supérieures, celles qui sont habitées, ne laissent rien à désirer sous ce rapport, on ne saurait prétendre qu'il en soit de même par exemple dans la cale.

Pour ce qui est de la seconde proposition, M. le Dr Fauvel reconnait que la règle générale est que des navires à voiles n'ont jamais importé le choléra après une longue traversée. Il y a cependant le fait cité par M. le Cte de Lallemand de l'importation à la Guadeloupe, et, ce fait fut-il douteux que ce ne serait pas moins une raison de se tenir sur ses gardes. M. le Dr Fauvel déclare qu'il serait cependant disposé à voter la proposition dont il s'agit si M. le Dr Goodeve consentait à l'amender. Après une traversée de 30 jours au moins les navires à voiles seraient admis à la libre pratique après une observation de 24 heures avec purification des marchandises susceptibles, des effets et des parties suspectes du navire, mais sans déchargement total. Ce délai serait, d'après M. le Dr Fauvel, suffisant pour que les autorités sanitaires pussent constater l'état hygiènique du bâtiment, en désinfecter les parties suspectes et procéder aux mesures de purification. La fin de la conclusion serait modifiée ainsi qu'il suit: « 4° de réduire à » cinq jours la quarantaine applicable aux navires dont la traversée » aurait duré de 15 à 30 jours sans aucun accident cholérique, et à 24 » heures lorsque la durée de la traversée dépasserait 30 jours; dans les » deux cas, désinfection des marchandises susceptibles, des effets et des » parties suspectes, mais sans déchargement total. »

M. le Dr Goodeve consent à cette modification de la seconde partie de sa proposition.

M. le Dr Bykow appuie les observations présentées par M. le Dr Fauvel. Il votera contre la 1re proposition de M. le Dr Goodeve, proposition qui lui paraît contraire aux principes admis par la Conférence, mais approuve la réduction de la quarantaine à 24 heures pour les navires dont la traversée dépasse 30 jours. Au dessous de 30 jours, la quarantaine devrait être,

comme le propose la Commission, de cinq jours. M. le Dr Bykow se prononce d'ailleurs pour l'emploi de mesures de désinfection dans les deux cas.

M. le Dr Maccas partage cette manière de voir:

Il en est de même de M. le Dr Bartoletti qui adhère au nom de la Commission à la seconde proposition de M. le Dr Goodeve telle qu'elle a été modifiée par M. le Dr Fauvel.

La première proposition de M. le Dr Goodeve est rejetée à la majorité de 20 voix contre 1, celle de son auteur.

La seconde est adoptée à l'unanimité moins une voix, celle de M. le Dr Pelikan qui s'abstient.

Il est ensuite passé au vote sur la 12me section, Elle est adoptée, texte et conclusions, à l'unanimité moins une voix, celle de M. le Dr Goodeve qui s'abstient. M. le Dr Pelikan déclare faire ses réserves pour la 1re conclusion à laquelle il n'adhère pas.

Lecture est donnée de la 13me section.

M. le Dr Fauvel approuve la Commission d'avoir considéré la présence à bord d'un médecin commissionné *ad hoc* comme une garantie qui permet de compter la durée de la traversée comme temps de quarantaine, mais comme il veut que la garantie soit sérieuse, il n'entend pas que les déclarations de tout médecin soient admises; il voudrait même que dans tous les cas les autorités sanitaires du lieu d'arrivée eussent le droit de contrôler l'exactitude des déclarations faites, et, en cas de soupçons fondés, de ne pas en tenir compte. M. le Dr Fauvel ne doute pas que des déclaration inexactes ne doivent être un fait tout-à-fait exceptionnel et qu'en règle générale il y ait lieu d'avoir confiance; mais on ne doit pas oublier ce qui s'est passé l'année dernière à Constantinople où le choléra fut importé par un navire qui, contrairement à la déclaration du médecin du bord, avait eu des décès cholériques pendant la traversée. Il s'est passé là un fait dont il faut malheureusement d'autant plus prévoir la répétition en Orient qu'il est resté impuni.

M. le Dr Fauvel à propos de ce qui est dit que les personnes embarquées ne devraient avoir de bagage que le strict nécessaire, fait remarquer que ce serait plutôt de la qualité que de la quantité qu'il faudrait se préoccuper.

M. le Dr Goodeve croit qu'on pourrait se dispenser d'appliquer indistinctement une quarantaine de 24 heures à tous les navires dont la traversée

a duré 10 jours ou plus. Ne suffirait-il pas de vérifier l'état de ces navires et ne pourrait-on pas, s'il était reconnu satisfaisant, leur accorder immédiatement la libre pratique?

M. le Dr Monlau n'admet pas que la durée du voyage doive dans aucun cas être déduite de la durée de la quarantaine. Avec de pareilles concessions on arrivera fatalement à la suppression des quarantaines. M. le Dr Monlau conteste l'importance qu'on attache à la présence, évidemment utile et désirable au point de vue des soins à donner aux passagers, d'un médecin à bord; n'est-on pas fondé en effet à redouter que ce médecin embrassant les intérêts de la Compagnie qui l'emploie et le rétribue, ne puisse pas toujours conserver toute son indépendance? D'après M. le Dr Monlau, on ne pourrait d'ailleurs jamais compter le temps du trajet que tout autant que ce trajet se serait fait directement. M. le Dr Monlau se demande en finissant pourquoi le rapport qui fait mention des mesures d'hygiène et de désinfection à pratiquer à bord des navires avant le départ et pendant la traversée, ne parle pas aussi des mesures du même genre qui doivent être prises à l'arrivée.

M. le Dr Bartoletti, répondant aux diverses objections qui se sont produites, fait remarquer en premier lieu qu'il n'est question dans le rapport que de médecins nommés par les Gouvernements et présentant dès lors toutes garanties. Pour ce qui est de l'objection de M. le Dr Fauvel qu'il faut plus se préoccuper de la qualité que de la quantité des bagages des voyageurs, M. le Dr Bartoletti pense qu'il n'est pas besoin de dire que l'intention de la Commission n'a jamais pu être de contraindre ces derniers à se priver d'une partie de leurs bagages. Si, enfin, le rapport ne dit rien des mesures d'hygiène à l'arrivée, c'est que toutes les indications à cet égard se trouvent dans le rapport de la Commission dont M. le Dr Monlau a été le rapporteur.

M. le Dr Maccas maintient la manière de voir qu'il aurait voulu faire prévaloir au sein de la Commission. Compter les jours du voyage comme jours de quarantaine équivaudrait, d'après lui, à mettre les navires sur le même pied que les lazarets au point de vue de la purification, or c'est aussi inadmissible que contraire à l'opinion plusieurs fois exprimée par la Conférence. M. le Dr Maccas déclare ne pas s'opposer à une légère réduction de la durée de la contumace après une longue et heureuse traversée, lorsqu'il y a un médecin à bord et qu'il ne s'est produit pendant le voyage

aucun accident suspect, mais peut-on considérer comme des garanties suffisantes celles qu'on trouve énumérées dans le rapport? Si on voit par ce qui s'est passé l'année dernière à Constantinople qu'on ne peut toujours avoir une confiance illimitée dans les déclarations des médecins de bord, peut-on admettre sérieusement comme possible dans la pratique l'application complète des mesures d'hygiène et de désinfection à prendre tant avant qu'après le départ du navire et notamment le lavage du linge des passagers avant l'embarquement ; peut-on enfin compter davantage sur les résultats à attendre de la visite médicale? M. le Dr Maccas, qui ne le croit pas, s'inscrit d'avance contre les décisions de la Conférence pour le cas où elle adopterait les conclusions du rapport.

M. Keun est d'avis que les rapports des médecins de bord ne devraient obliger les autorités sanitaires que dans les pays où il existerait un code pénal sanitaire punissant les fausses déclarations.

M. le Président met aux voix la 13me section. Elle est adoptée, texte et conclusions, à la majorité de 12 voix contre 9 et 5 abstentions.

Ont voté pour : MM. le Cte de Noidans, Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Dr Goodeve (avec réserves touchant la dernière phrase et ce qui est en contradiction avec les opinions qu'il a exprimées sur les chapitres précédents), Dr Dickson, Dr Sawas, Dr Bykow, Stenersen, Dr Bon Hübsch, S. Exc. Salih Effendi et Dr Bartoletti.

Contre: MM. Vetsera, Dr Sotto, Dr Monlau, Kalergi, Dr Maccas, Prof. Bosi, Keun, Dr Millingen, Dr Pelikan.

Abstentions : MM. de Dumreicher, Dr Salvatori, Cher Pinto de Soveral, Bon Testa et Dr Mühlig.

Voulant prévenir les interprétations diverses qu'on pourrait donner à son abstention, M. le Dr Mühlig déclare qu'il n'est pas contraire au principe de compter dans certains cas la durée de la quarantaine depuis le jour du départ, mais qu'il considère l'application de ce principe comme dangereuse quand on n'admet que dix jours de quarantaine, durée sur l'insuffisance de laquelle il s'est déjà prononcé.

Lecture est donnée de la 14me section.

M. le Dr Dickson voudrait qu'on supprimât de la conclusion le mot de *rigueur* : du moment que la quarantaine peut se purger à bord, il ne s'agit plus d'une quarantaine de rigueur.

La 14me section est mise aux voix et adoptée à l'unanimité moins une

voix, celle de M. de Dumreicher qui s'abstient. M. le Dr Dickson ne vote qu'avec réserve.

Lecture est donnée de la 15me section.

M. le Dr Fauvel votera cette section, mais il conteste l'exactitude de l'assimilation que le rapport établit entre les provenances de terre et les provenances de mer et sur laquelle il se fonde pour consentir à ce que la quarantaine applicable aux premières soit dans certains cas réduite à 8 jours.

M. le Dr Sawas répond que la Commission sans entendre établir une assimilation qui est impossible, n'a fait que tenir compte de certaines conditions propres aux provenances de terre. Tout navire contaminé devient lui-même un foyer cholérique, les passagers y restent dans un air confiné, souvent vicié par les hardes qu'ils emportent avec eux et quelquefois aussi par le voisinage des cholériques et des diarrheïques qui peuvent facilement voyager par mer et qu'il faut bien garder à bord. Or, ce sont là évidemment des circonstances défavorables qui ne se présentent pas lorsqu'il s'agit d'un trajet par terre. Là tout cholérique reste forcément en chemin, les diarrheïques eux mêmes ne pourraient que très-difficilement supporter les fatigues de la route ; la caravane voyageant au grand air. l'aération qui constitue un des plus sûrs moyens de désinfection s'opère enfin tout naturellement. M. le Dr Sawas répète qu'on n'a pensé à aucune assimilation, mais s'il est impossible d'accorder aux provenances de terre, quelle que soit la durée du voyage, les facilités exceptionnelles consenties en faveur de certaines catégories de navires, il ne faut pas oublier non plus que les lazarets de terre sont loin d'être aussi bien installés que les lazarets maritimes. Cela seul justifierait, aux yeux de M le Dr Sawas, la réduction de la quarantaine à huit jours pour les provenances de terre dont il importe, lorsqu'il ne peut en résulter aucun danger, de ne pas prolonger inutilement le séjour dans des établissements insuffisants.

M. Bosi est contraire à la réduction de la quarantaine pour les provenances de terre. Cette quarantaine dès l'instant qu'elle est jugée possible doit être aussi sérieuse que celle à laquelle sont soumises les provenances maritimes. M. Bosi cite des faits observés l'année dernière, en Italie pendant l'épidémie, et, qui lui paraissent démontrer la nécessité de maintenir à dix jours au moins la durée de la quarantaine.

M. le Dr Bartoletti répondant à une question posée par M. le Dr Fauvel,

fait observer qu'il ne saurait, dans l'esprit de la Commission, être question de réduire la durée de la quarantaine pour les provenances de terre que tout autant qu'elles sont exemptes de choléra.

Convaincu du danger qu'il y a en général à diminuer la durée des quarantaines, M. le Dr Maccas n'est pas partisan de la réduction consentie par la Commission pour les provenances de terre, cependant il croit devoir expliquer à quelles conditions elle juge cette réduction possible. Il faut, bien entendu, que les voyageurs arrivent au lazaret dans des bonnes conditions et en outre que la durée du trajet depuis le départ du lieu contaminé soit de plus de trois journées de marche, étant toujours exceptés les pèlerinages et les mouvements de troupes.

M. le Dr Dickson déclare qu'il n'a aucune confiance dans l'efficacité des quarantaines de terre et que c'est la raison pour laquelle il s'abstient de prendre part à cette discussion.

La 15me section est mise aux voix et adoptée, (15 voix pour, 5 abstentions.)

Ont voté pour: MM. le Dr Sotto, Cte de Noidans, Dr Monlau, Dr Spadaro, Cte de Lallemand, Dr Fauvel, Dr Salvatori, Dr Millingen, Dr Sawas, Bon Testa, Dr Pelikan, Dr Bykow, Stenersen, S. Exc. Salih Effendi et Dr Bartoletti.

Abstentions: MM. de Dumreicher, Dr Goodeve, Dr Dickson, Dr Maccas, et Prof. Bosi.

Il est donné lecture de la 16me section. (Question de la *désinfection.*)

S'étant prononcé lors de la discussion du rapport général contre la possibilité de la transmission du choléra par les marchandises considérées dans leur signification propre, c'est-à-dire sortant des fabriques et bien emballées, M. le Dr Bykow ne croit à la nécessité de la désinfection que pour les drilles et les chiffons.

N'ayant pas non plus admis que les animaux vivants puissent conserver le germe cholérique dans leur enveloppe et le transmettre aux hommes, M. le Dr Bykow ajoute qu'il votera contre le 4me § de la section en discussion.

M. le Dr Mühlig est d'avis que la sentine (1er §) devrait être désinfectée avant d'être vidée ; de plus, les fumigations étant considérées aujourd'hui comme le moins efficace de tous les modes de désinfection, il est contraire à l'emploi, recommandé par la Commission, du chlore gazeux pour la purification des navires.

M. le Dr Mühlig fait remarquer ensuite qu'il est dit (§ 2) que l'aptitude des marchandises à transmettre le choléra n'est pas un fait jusqu'ici démontré ; cependant l'aperçu historique cite deux faits qui tendraient à prouver le contraire.

M. le Dr Bartoletti explique que la Commission a préféré s'appuyer sur les décisions de la Conférence plutôt que sur des faits douteux.

Répondant ensuite à une question posée par M. le Dr Goodeve, M. le Dr Bartoletti explique que la Commission ne croit pas nécessaire que les marchandises non susceptibles qui devront être soumises à l'aération soient préalablement déballées.

M. le Dr Maccas constate qu'il est sous-entendu, la chose ayant été ainsi décidée, que l'autorité sanitaire si elle a quelque soupçon, a toujours le droit avant de livrer des caisses déclarées renfermer des marchandises non susceptibles de vérifier leur contenu.

Les seules marchandises susceptibles étant les drilles, les chiffons, les cuirs et autres substances qui ne s'emballent jamais, M. le Dr Bartoletti fait observer que cette vérification sera sans utilité.

M. le Dr Fauvel ne voit pas la nécessité de retenir les marchandises de la 1re classe pendant toute la durée de la quarantaine : on pourrait les livrer plus tôt sans inconvénient et l'autorité sanitaire devrait être laissée libre de le faire sous sa responsabilité. L'aération pendant toute la durée de la quarantaine ne paraît, d'autre part, à M. le Dr Fauvel ni le meilleur, ni le plus rapide des moyens à employer pour la désinfection des caisses et des enveloppes, la Commission aurait mieux fait de ne pas spécifier.

M. le Dr Goodeve demandant comment on procèdera à la désinfection des lettres et des dépêches et notamment de la correspondance des Indes qui voyage dans des caisses fermées, M. le Dr Fauvel répond que les lettres et dépêches passent en transit et que dès lors chaque gouvernement sera libre de recourir au moyen qu'il jugera le meilleur.

M. le Dr Monlau est d'avis qu'on devrait renoncer au chlore pour la désinfection des lettres : les adresses s'effacent lorsque les lettres restent trop longtemps soumises à l'action de ce désinfectant.

La 16me section est mise aux voix et adoptée à l'unanimité moins une voix, celle de M. le Dr Goodeve qui s'abstient.—M. de Dumreicher fait ses réserves pour toutes les parties de cette section qui s'appuient sur les décisions de la Conférence touchant les quarantaines.—M. le Dr Maccas et

M. le Dr Bykow font également leurs réserves pour les points qu'ils ont indiqués, de même M. le Dr Millingen pour le 4me §.

Lecture est donnée de la 17me section (chapitre V.)

M. le Dr Monlau qui fait remarquer que la *patente suspecte* n'existe plus en fait depuis la Conférence de Paris de 1851 qui l'a supprimée, croit que la patente ne devrait recevoir aucune qualification au moment du départ. Les patentes pouvant varier pendant la durée du trajet s'il y a eu communication avec un lieu contaminé ou s'il s'est produit des accidents de santé suspects à bord, ce soin devrait être laissé aux autorités sanitaires du port d'arrivée. D'après M. le Dr Monlau qui regrette que la Commission n'ait pas traité plus longuement cette importante question, il devrait y avoir quatre dégrés, 1° *patente nette* lorsque le navire provenant d'un lieu indemne se trouve dans de bonnes conditions hygiéniques ; la *patente suspecte* lorsqu'un navire, bien que provenant d'un lieu indemne, a des raisons d'être tenu en suspicion ; 3° *la patente brute* lorsque le navire part d'un lieu contaminé, mais qu'il ne s'est produit aucun accident pendant la traversée; 4e enfin *patente aggravée* lorsque le navire provient d'un lieu contaminé et qu'il y a eu des cas de choléra pendant le trajet.

M. le Dr Monlau demande aussi ce que la Commission entend par *circonscription sanitaire* du lieu du départ. En Espagne il s'agit d'un rayon de six lieues. M. le Dr Monlau fait du reste remarquer que les circonscriptions sanitaires n'ont plus de raison d'être depuis la création des chemins de fer.

M. le Dr Bartoletti répond que la circonscription sanitaire comprend les localités assez rapprochées du lieu du départ pour que les autorités puissent être également et exactement informées de tous les faits intéressant la santé publique qui viendraient à s'y reproduire.

La 17me section est mise aux voix et adoptée à l'unanimité.

Lecture est donnée de la 18me section.

M. le Dr Fauvel appelle l'attention de la Conférence sur les inconvénients qui résultent de l'usage qui a prévalu de ne commencer à signaler le choléra sur les patentes que quand l'épidémie est confirmée, et de négliger les premiers cas qu'on qualifie de *sporadiques* comme si les premiers cas qui marquent le début d'une épidémie n'étaient pas de même nature et tout aussi dangereux, au point de vue de la transmission, que les suivants. Cet usage vient d'une époque où l'on n'était pas encore édifié sur la trans-

missibilité du choléra et où l'on opposait le mot *sporadique* appliqué à cette maladie à celui d'*épidémique*. Mais plus tard, par un étrange abus de langage, on a fait du mot *sporadique* qui ne signifie que *cas isolés, en petit nombre,* un qualificatif de la nature de la maladie à opposer au mot *indien*, voulant exprimer que le choléra sporadique signifiait *choléra nostras*, c'est-à-dire non transmissible. Or c'est là une confusion qui est dangereuse dans la pratique. C'est pourquoi M. le Dr Fauvel voudrait que la Conférence exprimât le vœu que le mot *sporadique* fût supprimé sur les patentes où l'on se bornerait, suivant le cas, à mentionner l'existence du *choléra asiatique* ou du *choléra nostras*.

Quant au moment où la mention du *choléra asiatique* devrait être faite sur la patente, M. le Dr Fauvel adhère à l'opinion exprimée à ce sujet par la Commission.

M. le Dr Bartoletti fait remarquer que la proposition de M. le Dr Fauvel est en tout point conforme à la manière de voir de la Commission.

La Conférence tout entière donne son adhésion à cette proposition.

La 18me section est mise aux voix et adoptée à la l'unanimité.

Lecture est donnée de la 19me section.

M. le Dr Monlau fait observer que la patente consulaire dont la Commission demande la suppression, fournit le moyen de contrôler l'exactitude de la patente délivrée par l'autorité sanitaire quelquefois intéressée à retarder l'annonce officielle de la présence d'une épidémie, et qu'à ce titre elle n'est pas sans utilité.

M. le Dr Bartoletti et M. le Cte de Lallemand répondent que ce qu'il s'agit d'empêcher c'est que le même navire soit muni de plusieurs patentes. Le visa consulaire permettra, tout aussi bien que la patente consulaire, le contrôle des déclarations de l'autorité sanitaire.

M. le Cte de Lallemand ajoute que l'autorité sanitaire du lieu d'arrivée doit toujours, lorsqu'il y a désaccord, s'en rapporter à la déclaration la plus grave. C'est là ce qui avait été décidé par la Conférncee de 1851.

La 19me section est mise aux voix et adoptée à l'unanimité moins une voix, celle de M. de Dumreicher qui s'abstient.

Il en est de même de la 20me et dernière.

La Conférence s'associe avec empressement aux félicitations que M. le Dr Fauvel propose d'adresser à M. le Dr Bartoletti, auteur du rapport qui vient d'être discuté, ainsi qu'à tous les membres de la Commission.

La séance est levée à 5 heures.

Le Président de la Conférence Sanitaire,

SALIH.

Les Secrétaires,

Bon de Colongue.— Dr Naranzi.

N° 44.

SÉANCE DU 26 SEPTEMBRE 1866.

—

PRÉSIDENCE DE S. EXC. SALIH EFENDI.

L'an mil-huit-cent-soixante-six, le 26 septembre, à midi, la Conférence Sanitaire Internationale a tenu sa quarante-quatrième et dernière séance dans le local ordinaire de ses réunions, à Galata-Séraï.

Étaient présents :

Pour l'Autriche :

M. Vetsera, conseiller de l'Internonciature de S. M. I. et R. A.

M. le Docteur Sotto, médecin attaché à l'I. R. Internonciature, Directeur de l'hôpital autrichien

Pour la Belgique :

M. le C[te] de Noidans, secrétaire de la Légation de S. M. le Roi des Belges ;

Pour le Danemark :

M. le Chᵉʳ DUMREICHER, consul-général de S. M. le Roi de Danemark à Alexandrie.

Pour l'Espagne :

M. le Docteur MONLAU, membre du Conseil Supérieur de Santé d'Espagne ;

Pour les Etats Pontificaux :

S. G. Mgr. BRUNONI, archevêque de Taron, vicaire-apostolique à Constantinople ;

M le Docteur IGNACE SPADARO ;

Pour la France :

M. le comte de LALLEMAND, ministre plénipotentiaire ;

M. le Docteur FAUVEL, médecin sanitaire de France ;

Pour la Grande Bretagne :

M. le Docteur GOODEVE, chirurgien-major de l'armée des Indes, médecin honoraire de la Reine ;

M. le Docteur E. D. DICKSON, médecin de l'Ambassade de S. M B., délégué de la Grande Bretagne au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople.

Pour la Grèce :

M. le Docteur G. A. MACCAS, premier médecin du Roi, professeur de clinique médicale à l'Université d'Athènes;

Pour l'Italie :

M. A. VERNONI, premier interprète de la Légation de S. M. le Roi d'Italie.

M. le professeur FRÉDÉRIC BOSI ;

M. le Docteur G. SALVATORI, délégué de l'Italie au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour les Pays-Bas :

M. KEUN, Conseiller de la Légation de S. M. le Roi des Pays-Bas ;

M. le Docteur MILLINGEN, Délégué des Pays-Bas au Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

Pour la Perse :

MIRZA-MALKOM-KHAN, aide-de-camp général de S. M. le Schah, conseiller de sa Légation ;

M. le Docteur SAWAS EFENDI, Inspecteur de l'hygiène et de la salubrité à Constantinople, Délégué de la Perse au Conseil Supérieur de Santé ;

Pour le Portugal :

M. le chevalier Edouard Pinto de Soveral, chargé d'affaires ;

Pour la Prusse :

M. le Bon Testa, délégué de Prusse au Conseil Supérieur de Santé.

M. le Docteur Mühlig, médecin de la Légation de Prusse, médecin principal de l'hôpital de la marine ottomane ;

Pour la Russie :

M. le Docteur Pelikan, conseiller d'Etat actuel, directeur du département médical civil en Russie ;

M. le Docteur Bykow, conseiller d'Etat, adjoint à l'inspecteur médical militaire de l'arrondissement de Wilna ;

Pour la Suède et la Norwège :

M. Oluf Stenersen, chambellan de S. M. le roi de Suède et de Norwège, secrétaire de sa Légation à Constantinople ;

M. le Docteur baron Hübsch ;

Pour la Turquie :

S. Exc. Salih Efendi, directeur de l'Ecole Impériale de Médecine de Constantinople, chef du service médical civil ;

M. le Docteur Bartoletti, inspecteur général du service sanitaire Ottoman, membre du Conseil Supérieur de Santé de Constantinople ;

(Pour l'Egypte) : le Docteur Salem Bey, professeur de clinique et de pathologie médicale à l'Ecole de Médecine du Caire, médecin particulier de la princesse mère de S. A. le vice-roi d'Egypte.

Son Altesse A'ali Pacha, Ministre des Affaires Étrangères, est introduit par M. le Président de la Conférence.

S. Exc. le Président donne la parole à M. le Comte de Lallemand, Président de la Commission chargée d'élaborer un énoncé des conclusions adoptées par la Conférence.

M. le Comte de Lallemand donne lecture du rapport de la Commission (voir l'annexe au présent procès-verbal.)

Après la lecture de ce rapport ou acte de clôture, Son Altesse A'ali pacha, prononce l'allocution suivante :

Messieurs,

«Le jour où j'ai eu l'honneur d'assister à votre séance d'ouverture, je vous exprimais la conviction de Mon Auguste Souverain et de Son Gouvernement que vous accompliriez avec succès la haute mission qui venait d'être confiée à vos lumières.

Vous avez pleinement justifiée, Messieurs, cette conviction. Le fléau qui afflige depuis tant d'années l'humanité, et, les moyens de l'en préserver n'ont jamais été l'objet d'une étude aussi approfondie et aussi consciencieuse que celle à laquelle vous vous êtes livré. Vos travaux resteront comme un monument et, vous pouvez compter dès-à présent sur les bénédictions et la reconnaissance du monde entier. Nos souhaits ne peuvent donc avoir désormais pour but que la réalisation des idées que vous avez émises, et, je puis vous assurer que la Sublime-Porte les prenant en sérieuse considération fera tout ce qui dépendra d'Elle pour faciliter leur mise à exécution.

Je saisis cette occasion pour vous répeter encore une fois que la Sublime-Porte se réjouit de ce que la capitale de l'Empire ait été choisie pour la réunion d'une Conférence dont le résultat ne manquera pas, nous en avons la certitude, de diminuer sinon de faire disparaître complètement la terrible maladie qui a exercé jusqu'à aujourd'hui tant de cruels ravages.

Il me reste à vous remercier de la part de Sa Majesté le Sultan des soins éclairés avec lesquels vous avez rempli la noble tâche qui vous a été dévolue.

Je remercie aussi tout particulièrement la Conférence d'avoir témoigné beaucoup de bonne volonté pour la solution d'une question sanitaire qui intéresse le Gouvernement Impérial, et, qui se réfère à une réforme du tarif des droits sanitaires dans les ports Ottomans.

J'espère, Messieurs, qu'une entente diplomatique s'établira bientôt entre les différents Gouvernements pour arrêter, à ce sujet, une répartition équitable. «

M. le Comte de Lallemand se faisant l'interprète des sentiments qui animent ses collègues, exprime en termes bien sentis la reconnaissance dont la Conférence tout entière est profondement pénétrée pour la généreuse hospitalité qu'Elle a reçu du Gouvernement Impérial, et, pour les

bienveillantes attentions dont Elle a été l'objet de la part de Son Altesse le Ministre des affaires étrangères.

M. Fauvel demande à Son Altesse la permission de dire quelques mots : Il croit, dit-il, être l'interprète de toute la Conférence en appelant la bienveillance du Gouvernement Impérial et de Son Altesse particulièrement sur M. le Dr Naranzi, qui a accompli sa charge de Secrétaire de la Conférence avec beaucoup de zèle et de distinction, et, qui par l'intelligente et exacte réproduction de ses discussions a contribué à l'élucidation de beaucoup de questions.

La recompense, continue M. Fauvel, que la Conférence ambitionne pour M. Naranzi serait que le Gouvernement de Sa Majesté le Sultan le confirmât dans la place qu'il occupe provisoirement au Conseil de Santé où pour venir en aide à notre si méritant collègue M. le Dr Bartoletti, sur qui pesait une des plus lourdes tâches de la Conférence, il a rempli bénévolément pendant plusieurs mois les fonctions de Secrétaire du Conseil.

La place de Secrétaire du Conseil Supérieur de Santé, dit M. Fauvel, exige un homme qui soit au courant des affaires sanitaires ; or, M. Naranzi a acquis par les fonctions qu'il vient de remplir soit auprès de la Conférence, soit auprès du Conseil, l'expérience nécessaire. D'ailleurs il est indispensable de décharger du soin des procès-verbaux de ce Conseil M. Bartoletti pour lui permettre de consacrer entièrement sa grande expérience aux améliorations que réclame le service sanitaire et qui sont une conséquence des travaux de la Conférence.

A la suite du vœu exprimé par M. Fauvel tous les Délégués déclarent s'associer pleinement à la demande qu'il vient de formuler à l'égard de M. Naranzi.

Son Altesse A'ali pacha répond à M. Fauvel qu'il est heureux d'entendre parler en ces termes de M. Naranzi que le Gouvernement Ottoman lui-même avait proposé comme Secrétaire de la Conférence.

Son Altesse le Ministre des affaires étrangères assure la Conférence qu'il se fera un plaisir d'attirer sur M. Naranzi la bienveillante attention de Sa Majesté le Sultan et qu'il ne manquera pas de saisir le Gouvernement Impérial de la demande que la Conférence par l'organe de M. Fauvel vient de formuler en sa faveur.

Ensuite Son Altesse le Ministre des affairesétrangères prononce la clôture de la Conférence et se retire.

Son Exc. le Président donne la parole à Messieurs les Secrétaires pour la lecture des procès-verbaux des deux dernières séances.

Ils sont adoptés à l'unanimité :

M. le Comte de Lallemand prie S. Exc. le Président de vouloir signer l'acte final dont il a donné lecture pour que tous les Délégués puissent successivement y apposer leur signature séance tenante.

M. Maccas propose de le signer aussi pour les Délégués absents.

M. Pinto de Soveral combat cette proposition, et, il déclare qu'il considérera comme illégate toute signature apposée sur l'acte final après la clôture de la Conférence. Pour ce qui le concerne il n'entend pas même signer pour son collègue M. le Dr Gomez bien qu'avant son départ de Constantinople il eût pris connaissance de l'acte de clôture.

On ne pourrait, signer pour MM. les Délégués absents qu'en vertu d'une autorisation spéciale de leur part et d'une procuration acceptée par la Conférence. Cette autorisation n'ayant été donnée à aucun des Délégués, M. de Soveral persiste dans l'opinion qu'il vient de soutenir, à savoir, de ne faire signer l'acte final que par MM. les Délégués qui assistent à la séance.

Après avoir entendu l'avis de plusieurs Délégués, la Conférence décide de laisser ouvert pendant trois jours l'acte final entre les mains de M. Naranzi pour donner le loisir à MM. les Délégués qui n'assistent pas à la séance mais qui n'ont pas quitté la capitale d'y apposer leur signature.

MM. Segovia et Kalergi se trouvant dans le pays seront invités à signer l'acte final. Alors il portera 31 signatures.

L'acte final est signé par 29 Délégués présents.

M. Bartoletti ayant obtenue la parole s'exprime en ces termes :

« Je me suis associé sincèrement au vœu de la Conférence au sujet de notre digne Secrétaire M. le Dr Naranzi. Je crois à mon tour, Délégué de la Sublime-Porte, être l'interprète des sentiments de la Conférence en lui proposant d'adresser un tribut d'éloge bien mérité à son collègue M. le Bon de Collongue qui a partagé avec tant de zèle et de distinction le travail si rude et si délicat de la rédaction des procès-verbaux de la Conférence.

La Conférence tout entière applaudit aax paroles M. le Dr Bartoletti.

Son Exc. le Président prend la parole et dit :

« Messieurs les Délégués,

» Après huit mois d'un travail assidu et pénible, vous êtes parvenus au terme de votre tâche.

» La mission scientifique autant qu'humanitaire que vos gouvernements vous avaient confiée, vous l'avez consciencieusement accomplie, et vous avez érigé un monument scientifique grandiose qui rend témoignage, d'une manière irréfragable, de vos lumières, ainsi que de votre zèle et de votre dévoûment à la cause de l'humanité.

» Appelé par vos suffrages à diriger vos difficiles débats, vous avez rendue ma charge moins lourde et beaucoup plus facile en me prêtant incessamment un concours efficace et un puissant appui. »

«Le doux souvenir d'une vie d'étude passée en commun pendant plusieurs mois, restera toujours gravé dans ma mémoire, et, mon cœur gardera toujours un sentiment sympathique et affectueux pour l'illustre assemblée que j'ai eu l'honneur de présider.

Au moment de nous séparer et de nous dire adieu, qu'il me soit permis, Messieurs, de croire que vous partagez la vive émotion que je ressents, et, que vous ne quittez pas sans regret le sol Ottoman. »

Sa Grandeur Monseigneur Brunoni parlant au nom de la Conférence assure Son Excellence Salih effendi que dans l'exercice de ses délicates, fonctions, soit comme Président de la Conférence soit comme premier Délégué de la Sublime-Porte, il a su se captiver la sympathie et l'estime de tous ses Collègues.

M. Fauvel ajoute que la Conférence désire que la Sublime-Porte soit instruite que Son Excellence Salih effendi a pleinement justifiée la confiance qu'elle avait placée en lui, et, qu'il a inspiré à tous ses collègues la plus profonde estime

La Conférence Sanitaire Internationale ayant accompli son œuvre se sépare en manifestant l'espoir que ses travaux ne resteront pas stériles.

La séance est levée à 4 heures.

Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Dr NARANZI; — Bon DE COLLONGUE.

(*ANNEXE AU PROCÈS-VERBAL N° 44.*)

RELEVÉ

DES CONCLUSIONS ADOPTÉES PAR LA CONFÉRENCE EN RÉPONSE AUX QUESTIONS DE SON PROGRAMME

Précédé d'un Prologue.

Fait par une Commission composée de MM. le C[te] DE LALLEMAND, *Président* ; D[on] A. M. SEGOVIA, C[te] DE NOIDANS, D[rs] BARTOLETTI, FAUVEL, GOODEVE, MONLAU.

La Conférence Sanitaire Internationale, au moment de se séparer, croit devoir clore ses séances par un acte qui constate l'esprit dont elle s'est inspirée et qui offre tant aux hommes de Gouvernement et de science qu'au public, un moyen d'étudier plus aisément ses travaux et d'entrer pleinement dans l'intelligence de ses résolutions.

Inaugurée le 13 février de cette année par S. A. A'ali pacha, la Confé-

rence est restée constamment fidèle à l'esprit qui a présidé à sa convocation et qu ce Ministre définissait dans une allocution bienveillante, c'est-à-dire à l'esprit de science et de philantropie. Servir la science et par elle servir les intérêts de l'humanité et de la santé publique en général, telle a été sa pensée unique et constante.

Aussitôt constituée sous la présidence de S. Exc. Salih effendi, premier délégué de Turquie, et après avoir réglé le mode de votation et l'ordre des discussions, la Conférence a eu à délibérer sur une proposition qui lui était faite d'urgence par deux de ses membres, les Délégués de France, et qui avait pour but de prévenir, dès cette année, le danger d'une nouvelle importation du choléra asiatique en Europe par l'Egypte. Elle n'a pas cru pouvoir demeurer indifférente à la pensée qu'au moment même où elle se consulterait sur des mesures d'une efficacité ultérieure ou même éloignée, le choléra ferait peut-être une nouvelle irruption sur les rives de la Méditerranée à la suite des pélerins musulmans revenant de La Mecque. Elle a donc pris en considération la proposition qui lui était faite et, après un examen qui a duré quatre séances, elle l'a adoptée à la majorité de 17 voix contre 8. (*Voir les procès-verbaux* N°s 3, 4, 5 et 6.)

En même temps, la Conférence confiait à une Commission le soin de préparer le programme de ses travaux.

Cette commission a déposé son rapport le 8 mars à la septième séance, et la Conférence a adopté, sauf les additions et transpositions jugées nécessaires, le programme d'études qui lui était proposé avec sa division en quatre groupes de questions. Le quatrième, qui peut-être ne mériterait pas ce nom, se compose d'une seule question qui se trouve résolue par le présent acte, celle de la forme à donner aux résolutions à prendre par l'Assemblée.

La Conférence se réfère à la table ci-annexée pour le relevé des conclusions adoptées en réponse aux questions portées au programme. Elle se borne pour le surplus à consigner ici le jugement qu'elle porte du résultat de ses travaux.

En ce qui touche la première partie de ses études, celle qui concerne l'origine, l'endémicité, la transmissibilité et la propagation du choléra, la Conférence n'a pas la prétention d'avoir résolu tous les problèmes qui se rattachent à ces sujets importants et difficiles ; mais elle a conscience de n'en avoir négligé aucun, de n'avoir hazardé aucune conclusion téméraire

et enfin d'avoir indiqué exactement ce qui reste à faire après elle.

Pour ce qui est de la seconde partie de son travail, la Conférence est plus confiante. Elle pense que si les mesures qu'elle recommande sont exécutées non pas même dans leur totalité et avec un ensemble parfait, ce qu'elle n'ose espérer, mais dans ce qu'elles ont de principal et d'essentiel, le but qu'elle s'est proposé sera atteint, c'est-à-dire que les chances d'importation et de propagation du choléra indien seront réduites au minimum possible.

Dans cette confiance et en soumettant son œuvre aux Gouvernements qui l'ont réunie, la Conférence invoque leur haute protection sur cette œuvre qui est aussi la leur. Etrangère à toute préoccupation politique, ainsi qu'elle devait l'être, elle se croit fondée à espérer qu'aucun intérêt autre que celui de la santé publique ne s'opposera à un accord entre eux qui est à souhaiter dans un but de préservation commune. En conséquence et pleine de respect pour les Gouvernements, pour leurs lumières et pour leurs intentions philantropiques, elle les convie à s'entendre dans une pensée de prévoyance et de salut pour les populations.

RELEVÉ DES CONCLUSIONS.

PREMIER GROUPE DE QUESTIONS :

Origine et Genèse du Choléra ; endémicité et épidémicité de cette maladie dans l'Inde.

CONCLUSIONS :

Le choléra asiatique, celui qui à diverses reprises a parcouru le monde, a son origine dans l'Inde où il a pris naissance et où il existe en permanence à l'état endémique.

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 14—page 4.

La Conférence considère comme démontré que le choléra asiatique, envahissant, ne s'est jamais développé spontanément et n'a jamais été observé à l'état d'endé-

mie, (qu'il faut bien distinguer des foyers secondaires plus ou moins tenaces) *dans aucun des pays qui viennent d'être énumérés* (Europe, etc.), *et qu'il y est toujours venu du dehors. Quant aux pays voisins de l'Inde, tout en admettant comme probable que le choléra n'y existe pas à l'état endémique, la Conférence ne se croit pas autorisée à conclure formellement à cet égard.*

— Adoptée par 19 voix contre 2.—Procès-verbal N° 16—page 11.

—

La Conférence sans rejeter la possibilité que le choléra ne vienne à s'acclimater dans nos pays, regarde le fait comme problématique.

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 16—page 11.

—

Le choléra asiatique ne paraît pas avoir dans le Hedjaz de foyer originel, mais il semble y avoir été jusqu'ici toujours importé du dehors.

— Adoptée par 19 voix contre 0.—MM. Dikson, Goodeve et Monlau se sont abstenus.—Procès-verbal N° 17—page 9.

—

Relativement à l'endémicité du choléra dans l'Inde, la Conférence ne peut que répondre *qu'il y a dans l'Inde certaines localités, comprises principalement dans la vallée du Gange, où le choléra est endémique, sans qu'il soit possible de les préciser toutes, ni d'affirmer qu'elles aient le privilège exclusif de donner naissance à la maladie.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 17—page 9.

—

Relativement aux causes de l'endémie cholérique, la Conférence répond que *nous ne connaisons pas les conditions spéciales sous l'influence desquelles le choléra naît dans l'Inde et y règne dans certaines localités à l'état endémique.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 17—page 9.

—

Relativement aux circonstances qui concourent au développement et à la propagation des épidémies de choléra dans l'Inde, la Conférence conclut *que les pèlerinages sont, dans l'Inde, la plus puissante de toutes les causes qui concourent au développement et à la propagation des épidémies de choléra.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 17—page 10.

———

DEUXIÈME GROUPE DE QUESTIONS :

Transmissibilité et propagation du choléra.

1° PREUVES DE LA TRANSMISSIBILITÉ TIRÉES DE LA MARCHE DES ÉPIDÉMIES DE CHOLÉRA CONSIDÉRÉES EN GÉNÉRAL.

—

CONCLUSION :

Tous les faits énoncés ne démontrent-ils pas jusqu'à la dernière évidence que le choléra est propagé par l'homme et avec une vitesse d'autant plus grande que ses propres migrations se sont activées et sont devenues plus rapides ? La Conférence n'hésite pas à répondre affirmativement.

— Adoptée à l'unanimité, moins M. Monlau qui s'est abstenu.—Procès-verbal N° 18—page 7.

2° PREUVES TIRÉES DE FAITS ÉTABLISSANT LA PROPAGATION DU CHOLÉRA PAR IMPORTATION.

3° PREUVES TIRÉES DE LA PROGRESSION DES ÉPIDÉMIES DE CHOLÉRA DANS LES LOCALITÉS ATTEINTES.

4° PREUVES TIRÉES DE L'EFFICACITÉ DE CERTAINES MESURES PRÉVENTIVES.

— Texte relatif à ces preuves adopté par 21 voix contre 0. MM Segovia, Monlau, Malkom, Sawas, et Gomès se sont abstenus. - Procès-verbal N° 18 —page 8.

—

CONCLUSION GÉNÉRALE DU CHAPITRE :

La Conférence conclut que la transmissibilité du choléra asiatique est une vérité incontestable, prouvée par des faits qui n'admettent aucune autre interprétation.

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 18 page 8.

—

Sur la possibilité de la propagation du choléra par l'atmosphère la Conférence répond qu'*aucun fait n'est venu prouver jusqu'ici que le choléra puisse se propager au loin, par l'atmosphère seule, dans quelque condition qu'elle soit; et*

qu'en outre c'est une loi, sans exception, que jamais une épidémie de choléra ne s'est propagée d'un point à un autre dans un temps plus court que celui nécessaire à l'homme pour s'y transporter.

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 18—page 8.

—

Comment s'opère l'importation du choléra et quels sont les agents de la transmission ?

L'homme atteint de choléra est, par lui-même, le principal agent propagateur de cette maladie, et un seul cholérique peut donner lieu au développement d'une épidémie.

— Adoptée è l'unanimité.—Procès-verbal N° 18—page 8.

—

La Conférence a été amenée à conclure que *certains faits tendent à prouver qu'un seul individu (à plus forte raison plusieurs) venant d'un lieu contaminé, et souffrant de diarrhée, peut suffire à donner lieu au développement d'une épidémie cholérique, ou, en d'autres termes, que la diarrhée dite prémonitoire peut transmettre le choléra.*

— Adoptée à l'unanimité, moins M, Millingen.—Procès-verbal N° 18—page 9.

—

Durée de l'incubation.

Conclusion : *Dans presque tous les cas où la période d'incubation, c'est-à-dire le temps écoulé entre le moment où un individu a pu contracter l'intoxication cholérique et le début de la diarrhée prémonitoire ou du choléra confirmé, ne dépasse pas quelques jours. Tous les faits cités d'une incubation plus longue se rapportent à des cas qui ne sont pas concluants, ou bien parce que la diarrhée prémonitoire a été comprise dans la période d'incubation, ou bien parce que la contamination a pu avoir lieu après le départ du lieu infecté.*

— Adoptée à la majorité de 20 voix contre 1, celle de Salem bey. Se sont abstenus de voter MM. Millingen, Malcom-khan et Sawas.—Procés-verbal N° 18—page 10.

—

Sur la question de savoir si le choléra peut-être importé et transmis par pes animaux vivants, la Conférence a répondu : *il n'y a aucun fait*

connu qui établisse que le choléra ait été importé par des animaux vivants ; mais il est rationnel cependant de les considérer, dans certains cas, comme étant des objets dits susceptibles.

— La première partie de la conclusion a été adoptée à l'unanimité ; la seconde par 16 voix contre 8. Il y a eu 3 abstensions.—Procès-verbal N° 18—pages 14 et 15.

—

Sur la question de savoir si le choléra peut être importé et transmis par des linges, des hardes, etc., la Conférence a répondu que *le choléra peut être transmis par les effets à usage provenant d'un lieu infecté et spécialement par ceux qui ont servi aux cholériques; et que même il résulte de certains faits que la maladie peut être importée au loin par ces mêmes effets renfermés à l'abri du contact de l'air libre.*

— Adoptée par 21 voix contre 2 (MM. Dickson et Stenersen) et 2 abstentions (MM. Keun et Lenz). – Procès-verbal N° 19—page 9.

—

Relativement aux marchandises, la Conférence, *tout en constatent à l'unanimité, l'absence de preuves à l'appui de la transmission du choléra par des marchandises, a admis* (à la majorité du 16 voix contre 5 et 3 abstentions) *la possibilité du fait dans certaines conditions.*

—

Résumant ce qui vient dit dans les articles précédents, la Conférence, jusqu'à plus ample informé, *croit qu'il sera sage de considérer comme suspecte, à moins de conditions particulières et déterminées, toute provenance d'un foyer cholérique.*

— Adoptée par 14 voix, 10 abstentions. — Procès-verbal N° 19 — pages 12 et 13.

—

En ce qui concerne les cadavres de cholériques, la Conférence a répondu : *Bien qu'il ne soit pas prouvé par des faits concluants que les cadavres de cholériques puissent transmettre le choléra, il est prudent de les considérer comme dangereux.*

— Adoptée par 22 voix contre 0. — M. Sawas s'est abstenu.—Procès-verbal N° 20—page 5.

—

De l'influence des moyens de communications.

La Conférence est d'avis que les communications maritimes sont, par leur nature, les plus dangereuses; que ce sont elles qui propagent le plus sûrement au loin le choléra, et qu'ensuite viennent celles par chemins de fer qui, dans un temps très court, peuvent porter la maladie à grande distance.

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 20—page 5.

—

Quant à l'influence des déserts, la Conférence, *s'en tenant aux faits établis par l'expérience, conclut que les grands déserts sont une barrière très efficace contre la propagation du choléra, et elle reconnaît qu'il est sans exemple que cette maladie ait été importée en Egypte ou en Syrie, à travers le désert, par les caravanes parties de La Mecque.*

— Adoptée par 22 voix contre 0.—3 abstentions, MM. Polak, Monlau, Maccas.—Procès-verbal N° 20—page 13.

—

De l'influence des agglomérations.

La Conférence répond d'une manière générale que *toute agglomération d'hommes—parmi laquelle s'introduit le choléra—est une condition favorable à l'extension rapide de la maladie, et — si cette agglomération se trouve dans de mauvaises conditions hygiéniques—à la violence de l'épidémie parmi elle ;*

Qu'en pareil cas la rapidité de l'extension est proportionnée à la concentration de la masse agglomérée, tandis que la violence de l'épidémie est—toutes choses égales d'ailleurs—d'autant plus prononcée que les individus composant l'agglomération ont moins subi déjà l'influence cholérique, ou en sont restés vierges ; c'est-à-dire, en d'autres termes, que les individus qui ont déjà subi l'influence d'un foyer cholérique jouissent d'une sorte d'immunité relative et temporaire qui contre-balance les fâcheux effets de l'agglomération ;

Qu'enfin, dans une masse agglomérée, plus l'extension est rapide plus aussi la cessation de l'épidémie est prompte, à moins que de nouveaux arrivages sains ne viennent fournir un nouvel aliment à la maladie et ainsi l'entretenir.

— Adoptée par 20 voix contre 0.—2 abstentions MM. Segovia et Monlau. —Procès-verbal N° 20—page 15.

—

En ce qui concerne les navires, la Conférence conclut *que l'intensité des épidémies de choléra à bord des navires encombrés d'hommes est, en général, proportionnée à l'encombrement et est d'autant plus violente, toutes choses égales d'ailleurs, que ces hommes ne sortent pas d'un foyer cholérique où ils ont séjourné ; que sur les navires encombrés la marche des épidémies de choléra est d'ordinaire rapide ; enfin la Conférence ajoute que le danger d'importation par les navires et celui de donner lieu à une épidémie grave ne sont pas entièrement subordonnés à l'intensité, ni même à l'existence des accidents cholériques constatés à bord pendant la traversée.*

— Adoptée par 19 voix contre 0.—M. Maccas s'est abstenu.—Procès-verbal N° 20—page 18.

—

Relativement aux lazarets la Conférence conclut *que l'agglomération d'individus provenant d'un lieu où règne le choléra, dans un lazaret, n'a pas pour effet de produire parmi les quarantenaires une grande extension de la maladie, mais qu'une telle agglomération n'en est pas moins très dangereuse pour le voisinage, en ce qu'elle est propre à y favoriser la propagation du choléra.*

— Adoptée par 15 voix contre 0.—M. Monlau s'est abstenu. Les autres membres absents.—Procès-verbal N° 20—page 20.

—

Par rapport aux grandes agglomérations d'hommes, la Conférence conclut *que les grandes agglomérations d'hommes (armées, foires, pèlerinages,) sont un des plus sûrs moyens de propagation du choléra ; qu'elles constituent de grands foyers épidémiques qui, soit qu'ils marchent à la manière d'une armée, soit qu'ils se disséminent comme les foires et les pèlerinages, importent la maladie dans les pays qu'ils traversent ; que ces agglomérations, après avoir subi, d'une manière ordinairement rapide, l'influence du choléra, y deviennent beaucoup moins sensibles et que celle-ci y disparaît même très-promptement, à moins que de nouveaux-arrivés ne viennent entretenir la maladie.*

— Adoptée à l'unanimité (22 voix).—Procès-verbal N° 21—page 6.

—

Relativement à l'influence de la dissémination la Conférence conclut *que la dissémination d'une masse agglomérée, opérée en temps opportun, peut rendre moins violente une épidémie de choléra qui vient d'y apparaître et même en arrêter l'extension; mais que cette dissémination ferait naître au contraire un*

grand danger de propagation, si elle était accomplie au sein de localités encore indemnes.

— Adoptée à l'unanimité (22 voix).—Procès-verbal N° 21—page 9.

—

Quant au rôle du pèlerinage de La Mecque, la Conférence conclut que *le rôle du pèlerinage de La Mecque, comme agent propagateur du choléra par rapport aux contrées voisines de l'Europe* (les seules à l'égard desquelles nous avons des renseignements positifs),*a été l'importation de cette maladie en Egypte, deux fois, à 34 ans d'intervalle, pendant la saison chaude.*

— Adoptée à l'unanimité (22 voix).—Procès-verbal N° 21—page 9.

—

De l'influence des conditions hygiéniques.

En conclusion, la Conférence reconnaît *que les conditions hygiéniques et autres qui en général prédisposent une population à contracter le choléra et par suite favorisent l'intensité des épidémies, sont : la misère avec toutes ses conséquences, l'accumulation des individus, l'état maladif de ceux-ci, la saison chaude, le défaut d'aérage, les exhalaisons d'un sol poreux imprégné de matières organiques, surtout si ces matières proviennent de déjections cholériques.*

En outre, la Conférence opine que, comme il paraît démontré par l'expérience que les déjections des cholériques renferment le principe générateur du choléra, il est légitime d'admettre que les égouts, les lieux d'aisance et les eaux contaminées d'une ville peuvent devenir des agents de propagation de la maladie.

La Conférence ajoute qu'il semble résulter de certains faits que le sol d'une localité, une fois imprégné de détritus cholériques, a pu conserver pendant un temps assez long la propriété de dégager le principe de la maladie et d'entretenir ainsi une épidémie, ou meme de la régénérer alors qu'elle était éteinte.

— Adoptée à l'unanimité (19 voix).—Procès-verbal N° 21 page 14.

—

De l'immunité par rapport au choléra.

En conclusion, *l'immunité dont jouissent certaines localités, c'est-à-dire la résistance, permanente ou temporaire, générale ou partielle, opposée par ces localités au développement du choléra dans leur circonscription, est un fait qui n'exclut pas la transmissibilité, mais qui indique que certaines conditions locales, non encore toutes déterminées, sont un obstacle au développement de la maladie.*

De même l'immunité plus ou moins complète et plus ou moins durable dont jouissent le plus grand nombre des personnes placées au milieu d'un foyer cholérique, immunité qui atteste la résistance individuelle au principe toxique, est une circonstance dont il faut tenir le plus grand compte.

Au point de vue du développement épidémique, elle est le correctif de la transmissibilité, et sous le rapport de la prophylaxie, elle met sur la voie des moyens propres à restreindre les ravages de la maladie,

— Adoptée à la majorité de 21 voix contre 1 M. Sawas.—Se sont abstenus MM. Monlau, Maccas, Sténersen.—Procés-verbal N° 22—page 15.

—

Déductions relatives aux attributs du principe générateur du choléra.

En résumé, selon la Conférence, *dans l'état actuel de la science, on ne peut émettre que des hypothèses sur la nature du principe générateur du choléra ; nous savons seulement qu'il est originaire de certaines contrées de l'Inde et qu'il s'y maintient en permanence ; que ce principe se régénère dans l'homme, et l'accompagne dans ses pérégrinations ; qu'il peut ainsi être propagé au loin, de pays en pays, par des régénérations successives, sans jamais alors se reproduire spontanément en dehors de l'homme.*

— Adoptée à l'unanimité (25 voix), moins M. Goodeve qui s'est abstenu. —Procès-verbal N° 22—page 15.

—

Relativement aux véhicules du principe générateur du choléra, la Conférence conclut que *l'air ambiant est le véhicule principal de l'agent générateur du choléra ; mais la transmission de la maladie par l'atmosphère reste, dans l'immense majorité des cas, limitée à une distance très-rapprochée du foyer d'émission. Quant aux faits cités de transport par l'atmosphère à un ou plusieurs milles de distance, ils ne sont pas suffisamment concluants.*

Adoptée à la majorité de 24 voix contre 0. M. Sawas s'est abstenu.— M. Goodeve a fait une réserve quant à la distance.—Procès-verbal N° 22 —page 16.

—

Selon la Conférence, *l'eau et certains ingesta peuvent aussi servir de véhicules à l'introduction dans l'organisme du principe générateur du choléra.*

Cela posé, il s'en suit pour ainsi dire nécessairement que *les voies par lesquelles l'agent toxique pénètre dans l'économie sont principalement les voies respiratoires et très probablement aussi les voies digestives. Quant à la pénétration par la peau, rien ne tend à l'établir.*

— Adoptée à l'unanimité (26 voix).—Procès-verbal N° 22—page 17.

—

Quant aux principaux réceptacles du principe cholérique, la Conférence conclut que *la matière des déjections cholériques étant incontestablement le principal réceptacle de l'agent morbifique, il s'en suit que tout ce qui est contaminé par ces déjections devient aussi un réceptacle d'où le principe générateur du choléra peut se dégager, sous l'influence de conditions favorables ; il s'ensuit encore que la genèse du germe cholérique a lieu très probablement dans les voies digestives, à l'exclusion, peut-être, de tout autre appareil de l'organisme.*

— Adoptée à l'unanimité (26 voix).—Procès-verbal N° 22—page 17.

—

Par rapport à la durée de l'activité morbifique du principe hors de l'organisme, la Conférence répond *qu'il résulte de l'étude des faits qu'à l'air libre le principe générateur du choléra perd rapidement son activité morbifique et que telle est la règle ; mais que, dans certaines conditions particulières de confinement, cette activité peut se conserver pendant un temps indéterminé.*

— Adoptée à l'unanimité (25 voix).—Procès-verbal N° 22—page 17.

—

Par rapport à la durée de la diarrhée cholérique, la Conférence déclare que *l'observation montre que la durée de la diarrhée cholérique, dite prémonitoire,—qu'il ne faut pas confondre avec toutes les diarrhées qui existent en temps de choléra,—ne dépasse pas quelques jours.*

Les faits cités comme exceptionnels ne prouvent pas que les cas de diarrhée qui se prolongent au delà appartiennent au choléra et soient susceptibles de transmettre la maladie, quand l'individu atteint a été soustrait à toute cause de contamination.

— Adoptée par 15 voix contre 4, MM. Monlau, Millingen, Gomès et Mühlig.—Se sont abstenus MM. Vernoni, Keun, Sawas.—MM. de Lallemand et Maccas ont fait une réserve sur la 2me partie de la conclusion.

—

Rapport sur la marche et le mode de propagation du choléra en 1865.

CONCLUSIONS ADOPTÉES PAR LA CONFÉRENCE :

Des faits observés en 1865, il résulte : 1° *que la propagation du choléra s'effectue par le mouvement des hommes, quels que soient d'ailleurs les moyens de locomotion dont ils se servent* ; 2° *que la propagation en est d'autant plus à craindre que les moyens de locomotion sont plus rapides et plus multipliés* ; 3° *que, toutes choses égales d'ailleurs, une grande masse infectée ou un seul individu malade peuvent propager le choléra à de grandes distances.*

———

TROISIÈME GROUPE DE QUESTIONS :

I

Mesures Hygiéniques.

CONCLUSIONS:

Dans l'opinion de la Conférence, *nous ne connaissons pas des moyens directs pour éteindre les foyers endémiques du choléra, mais on peut espérer d'y parvenir par un ensemble de mesures parmi lesquelles le rôle le plus important reviendra aux mesures hygiéniques.*

Apoptée à l'unanimité.—Procés-verbal N° 24—page 11.

—

Quant à l'hygiène navale, la Conférence est d'avis que l'on devrait :

1° *Ouvrir des concours, et décerner des prix aux auteurs des découvertes ou perfectionnements dont le résultat immédiat serait un progrès quelconque dans l'assainissement des navires, dans l'amélioration des conditions hygiéniques des équipages, ou dans le bien-être des passagers.*

2° *Publier un manuel d'hygiène navale à l'usage de la marine marchande de chaque pays. L'exécution des prescriptions les plus importantes de ce manuel serait obligatoire pour les capitaines ou patrons.*

3° *Encourager par des primes et des récompenses ceux des armateurs, capitaines ou patrons de navire qui se seraient distingués dans le bon entretien de leurs bâtiments et de leurs équipages.*

— Adoptée à l'unanimité.—MM. Millingen, Testa, Mühlig et Salem bey se sont abstenus.—Procès-verbal N° 29—page 4.

—

Pendant le choléra surtout *il faut éviter*, suivant la Conférence, *les inconvénients et les dangers provenant d'une mauvaise place de mouillage, de l'eau potable et des provisions mal choisies, de l'encombrement, de l'état sanitaire des hommes embarqués, de l'état des effets à usage, de la qualité des marchandises, du manque de séparation des malades, du défaut de ventilation du*

navire et de l'aération des effets à usage et surtout du manque de propreté des lieux d'aisance.

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 29—page 4.

—

La Conférence est d'avis que *l'assainissement des ports, avec défense d'y faire aboutir les égouts de la ville, leur dragage périodique et leur bonne police sanitaire intérieure, sont des mesures hygiéniques de la plus haute importance pour la préservation des maladies transmissibles en général et du choléra en particulier.*

L'assainissement des quartiers, attenant aux ports de mer, et leur police sanitaire la plus sévère sont aussi des mesures de préservation très importantes.

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 25—page 8.

—

Dans l'opinion de la Conférence, *l'assainissement des villes est un moyen préventif de premier ordre pour s'opposer à la réception du choléra, et en mitiger les ravages.*

Cet assainissement doit être basé principalement sur un ensemble de mesures qui tendent à maintenir la pureté de l'air, à approvisionner les villes d'une eau saine et abondante et à empêcher l'infection du sol par des matières organiques.

La désinfection sur place, et l'enlèvement immédiat des matières excrémentielles, est une mesure hygiénique d'une importance capitale, surtout en temps de choléra.

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 25—page 11.

—

Suivant la Conférence, *une sage organisation de l'assistance publique,—les visites préventives générales, ou, à leur défaut, les visites médicales dans les maisons envahies, — les secours immédiats aux attaqués, — la publication des Instructions populaires,—l'encouragement qui naît de la confiance dans la promptitude et l'étendue des secours, et de la publication de l'état véritable de l'épidémie, ainsi que l'installation d'hôpitaux spéciaux et de maisons de refuge temporaire pour abriter les familles des malades pauvres, sont des mesures hygiéniques et administratives très efficaces pour entraver la propagation du choléra, et pour en diminuer les ravages, dans les localités envahies.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 26—page 20.

—

Suivant la Conférence, *l'interruption temporaire des communications avec les lieux infectés, pourvu qu'elle puisse être absolue, est le préservatif le plus sûr contre la transmission du choléra.*

Le déplacement opportun et la dissémination méthodique des agglomérations mobiles (caravanes, corps de troupes, etc.) *sont des mesures hygiéniques très efficaces pour prévenir le choléra d'éclater parmi elles, ainsi que pour en arrêter l'extension ou en adoucir la violence.*

L'émigration opportune et la dissémination bien réglée peuvent donner lieu aux mêmes résultats favorables dans les agglomérations fixes (localités, établissements publics).

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 27—page 4.

—

La Conférence est d'avis que *la désinfection appliquée au choléra, d'après une méthode rationnelle et avec persévérance, s'offre comme un puissant auxiliaire* :

1° *Pour diminuer la réceptivité d'une localité menacée par le choléra* ;

2° *Pour détruire le germe de la maladie importé dans une localité ; et*

3° *Pour limiter, dans certaines circonstances favorables, l'extension de l'épidémie.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 28—page 10.

—

II

MESURES A PRENDRE EN ORIENT

POUR

Prévenir de nouvelles invasions du choléra en Europe.

Questions préliminaires.

CONCLUSIONS :

La Conférence est d'avis *que les mesures restrictives, connues d'avance et appliquées convenablement, sont beaucoup moins préjudiciables pour le commerce et les relations internationales que la perturbation qui frappe l'industrie et les transactions commerciales à la suite d'une invasion de choléra.*

— Adoptée par 20 voix contre 0. — MM. Goodeve, Keun et Millingen se sont abstenus.—Procès-verbal N 30—page 8.

—

La Conférence est d'avis *que plus les mesures de quarantaine et les autres moyens prophylactiques contre le choléra seront appliqués près du foyer originel de la maladie, moins ces mesures seraient onéreuses et plus on pourrait compter sur leur efficacité* (en supposant une application convenable) *au point de vue de la préservation de l'Europe.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 30 – page 17.

—

Mesures à prendre dans l'Inde.

CONCLUSIONS:

La Conférence *ne considère pas comme impossible qu'on puisse parvenir à éteindre le choléra envahissant dans l'Inde, et elle croit qu'en tout cas on peut y restreindre son développement épidémique. Pour atteindre ce double but, elle admet la nécessité d'études suivies, ayant pour objet de déterminer les conditions spéciales qui produisent et entretiennent l'endémie cholérique, ainsi que les rapports existant entre cette endémie et les explosions épidémiques, tout en poursuivant les améliorations hygiéniques déjà commencées. Quant aux particularités sur lesquelles devraient porter ces études, la Conférence s'en réfère à ce qui a été dit précédemment à ce sujet.*

Apoptée à l'unanimité.—Procés-verbal N° 30—page 19.

—

Relativement aux pèlerinages indiens, la Conférence est d'avis *que pour combattre l'influence des pèlerinages indiens sur le développement du choléra, il importerait :* 1° *de s'appliquer à restreindre le nombre des pèlerins en les obligeant, s'il est possible, à se pourvoir, avant le départ, d'une autorisation qui ne serait délivrée qu'à celui qui aurait prouvé avoir les moyens de subvenir à ses besoins pendant le voyage ;*

2° *d'instituer sur tous les lieux de pèlerinage une police sanitaire comprenant l'application des mesures d'hygiène déjà pratiquées et complétées selon les enseignements de l'expérience acquise* ;

3° *en cas de choléra parmi les pèlerins, de n'autoriser le retour de la masse contaminée*,—toutes les fois qu'une telle mesure serait particable—*qu'après la cessation complète de l'épidémie dans cette masse, et une désinfection générale.*

— Adoptée à l'unanimité, moins M. Goodeve pour la Ire conclusion.— Procès-verbal, N° 31—page 6.

—

Selon la Conférence, *il est de la plus haute importance de chercher à prévenir l'exportation maritime du choléra de l'Inde.*

Dans ce but, le règlement promulgué en 1858, sous le titre de NATIVE PASSENGER ACT, *serait un des moyens principaux, si l'application en était faite indistinctement à tous les pavillons et dans tous les pays, et s'il était complété au point de vue des précautions sanitaires.*

En outre, il importerait que tout navire partant d'un port indien fût muni d'une patente de santé délivrée par une autorité sanitaire constituée ad hoc, qui serait en même temps chargée de veiller à l'exécution des règlements relatifs à l'embarquement des pèlerins.

De plus, la Commission croit qu'il y a lieu d'examiner les questions de savoir si, en cas d'épidémie sur un point de l'Inde, il y aurait possibilité, soit de supprimer, soit de différer, soit de restreindre l'embarquement des pèlerins sur ce point; et enfin si, à l'exemple du gouvernement hollandais pour ses possessions indiennes, il n'y aurait pas, pour les autorités de l'Inde anglaise, possibilité d'exiger de chaque pèlerin musulman la preuve qu'il a les moyens de subvenir aux dépenses de son voyage, et à l'entretien de sa famille pendant son absence.

— Adoptée à l'unanimité.—M. Goodeve a fait des réserves sur certains points du texte —Procès-verbal, N° 31—page 11.

—

Mesures à prendre dans les pays intermédiaires entre l'Inde et l'Europe.

A—MESURES CONTRE L'IMPORTATION DU CHOLÉRA DE L'INDE PAR LA VOIE MARITIME.

1° *Convenance d'un établissement sanitaire à l'entrée de la mer rouge.*

— Admise à l'unanimité, moins M. Goodeve. — Procès-verbal N° 31 — page 14.

—

2° *Quel serait le caractère de cet établissement ?*

La Conférence croit *que le caractère international est une condition* SINE QUA NON *de l'établissement dout il s'agit. Resterait aux gouvernements intéressés à s'entendre sur la forme et la mesure à donner à l'intervention de chacun. On conçoit très bien, par exemple, que la Porte ou le gouvernement égyptien pourrait avoir la direction, mais sous le contrôle et avec l'assistance de l'Europe.*

— Adoptée par 15 voix contre 3, celles de MM. Goodeve, Dickson et Bykow.—MM.Keun et Millingen se sont abstenus.—Procès-verbal N° 32—page 10.

—

3° *Dans quels cas, comment et pxr qui seraient appliquées les mesures ?*

La Conférence conclut que *les mesures seraient appliquées en vertu d'un règlement international qui spécifierait les cas, et par une Autorité soumise au contrôle des gouvernements intéressés.*

— Adoptée par 17 voix contre 2, celles de MM. Goodeve et Dickson.— Procès-verbal N° 32—page 13.

—

Question du pèlerinage de La Mecque.

1° *Organisation du service sanitaire sur le littoral de la mer rouge.*

Dans l'opinion de la Conférence, le service sanitaire à organiser sur le littoral de la mer rouge comprendrait, outre le projet d'un lazaret international avec arraisonnement obligatoire au détroit de Bab-el-Mandeb:

1° *Des postes de médecins sanitaires, savoir : trois sur le littoral africain, à Koséir, à Souakin, à Massoawh, et deux, pour le moment, sur la côte arabique, dont le principal serait à Djeddah et l'autre à Yambo ;*

2° *Deux lazarets, dont l'un, à El-Wesch, serait affecté exclusivement aux pèlerins et l'autre, à Tor, serait destiné à la quarantaine des arrivages ordinaires atteints de choléra ;*

3° *Une direction, siégeant à Suez, assistée d'une Commission internationale qui déciderait de toutes les questions concernant le service sanitaire de la mer rouge.*

— Les deux premières conclusions ont été adoptées par 14 voix dont 2, celles de MM. Goodeve et Dickson avec réserve au sujet de Tor. A la séance suivante plusieurs membres absents ont adhéré à ces deux conclusions.

La 3me conclusion a été adoptée par 18 voix contre 4, celles de MM. Goodeve, Dickson, Keun et Bykow. —MM. Millingen, Malcom et Salih effendi se sont abstenus.—Procès-verbaux N° 32—page 15 et N° 33—page 4.

—

2° *Conditions pour le départ et précautions relatives à l'embarquement des pèlerins.*

— Adoptées à l'unanimité, avec quelques réserves par MM. Goodeve et Dickson.—Procès-verbal N° 33—page 5 et 6.

—

3° *Mesures d'hygiène à mettre en pratique dans les lieux où s'accomplit le pèlerinage.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 33—page 6.

—

4° *Y aurait-il quelque mesure à prendre dans le Hedjaz contre l'importation du choléra par mer ou par terre ?*

La Conférence *ne compte aucunement sur les mesures de quarantaine qui seraient prises dans le Hedjaz contre l'importation du choléra parmi les pèlerins.* — Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 33—page 6.

—

5° *Mesures à prendre contre les provenances du Hedjaz, si le choléra s'y manifestait pendant le pèlerinage.*

La Conférence est d'avis que, *dans le cas où le choléra se manifesterait dans le Hedjaz à l'époque du pèlerinage, il y aurait lieu d'interrompre temporairement, c'est-à-dire pendant la durée de l'épidémie, toute communication maritime entre les ports arabiques et le littoral égyptien.*

L'application convenable de cette mesure suppose l'existence d'un service sanitaire organisé sur le littoral de la mer rouge, comme il a été exposé précédemment, et de plus la présence d'une force militaire suffisante, tant pour maintenir le bon ordre parmi les pèlerins, que pour la police maritime. A ce dernier point de vue, il serait à désirer que les gouvernements intéressés s'entendissent à l'effet d'assurer l'exécution des mesures prescrites.

Cela étant, la Conférence pense qu'il pourrait être procédé à l'exécution de la manière suivante, sauf les modifications qui, *sans altérer le principe fondamental de la mesure*, seraient jugées, par la Commission internationale siégeant à Suez, propres à en faciliter l'application ;

1° *En cas de manifestation du choléra parmi les pèlerins, les médecins sanitaires du Hedjaz signaleraient le fait aux autorités locales, ainsi qu'aux navires de guerre stationnés à Djeddah et à Yambo. De plus, tout en mentionnant le fait sur la patente de santé, ils en expédieraient l'avis en Egypte et à El-Wesch.*

2° *Sur la déclaration des médecins susmentionnés, les autorités informeraient les pèlerins que ceux d'entr'eux qui voudraient s'embarquer pour l'Egypte auraient, avant d'y aborder, à faire quarantaine à El-Wesch, et les préviendraient en même temps qu'ils sont libres de suivre la voie de terre.*

3° *Les embarquements se feraient sous la surveillance de l'autorité sanitaire, dans les conditions déterminées par elle, et dans les ports qu'elle aurait désignés.*

4° *Les navires de guerre concourraient à assurer l'exécution des mesures*

prescrites ; ils feraient la police de mer, et exercerait une surveillance aussi exacte que possible à l'effet d'empêcher tout départ clandestin.

5° *Sur l'avis reçu de la présence du choléra parmi les pèlerins, les autorités sanitaires égyptiennes interdiraient l'entrée de tous les ports d'Egypte à toutes provenances de la côte arabique, et elles renverraient les navires déliquants, après les avoir ravitaillés au besoin, sur un point de la côte arabique, soit à El-Wesch, soit ailleurs, où il purgeraient quarantaine, conformément aux règles adoptées.*

6° *Les pèlerins transportés à El-Wesch y seraient tenus en quarantaine et ils ne seraient autorisés à repartir pour l'Egypte que quinze jours pleins après la disparition du choléra parmi eux et après désinfection de leurs hardes et bagages. En quittant El-Wesch, les navires qui les transporteraient seraient—pour ceux qui se rendent à Suez—dans l'obligation de toucher à Tor où ils seraient soumis à une observation de 24 heures et à une visite médicale dans le but de constater leur état sanitaire. La patente nette et l'autorisation de continuer leur route ne leur seraient délivrées que tout autant que l'état sanitaire du bord aurait été reconnu exempt de danger.*

7° *Quant à la caravane pour l'Egypte, elle s'arrêterait selon l'usage dans l'endroit ordinaire de sa station, près d'El-Wesch ; elle y subirait une visite médicale et elle ne recevrait l'autorisation de continuer sa route qu'après avoir été exempte de choléra depuis quinze jours.*

8° *Relativement aux pèlerins à destination de l'Inde ou d'autres pays au delà de la mer rouge, ils seraient autorisés à s'embarquer pour retourner chez eux, mais en se soumettant aux règles prescrites par l'autorité sanitaire du port d'embarquement.*

9° *Les communications maritimes entre le Hedjaz et l'Egypte ne pourraient être rétablies que quinze jours au moins après la cessation de tout indice de choléra dans le Hedjaz, déclarée officiellement par l'autorité sanitaire de Djeddah. Mais alors, et même en tout temps, les navires chargés de pèlerins à destination de Suez, seraient toujours dans l'obligation de toucher à Tor, et d'y stationner 24 heures, pour y subir une visite médicale comme il a été dit plus haut. L'autorité sanitaire de Suez pourrait renvoyer à Tor tout navire qui n'aurait pas rempli cette formalité.*

10° *Un règlement des pénalités encourues, pour toutes les infractions aux mesures prescrites, devrait être formulé par la Commission internationale. Le*

règlement anglais (native passenger act) *serait, sur ce point, un excellent modèle à suivre.*

— Toutes ces conclusions ont été adoptées à l'unanimité, moins certaines réserves de MM. Goodeve et Dickson.—M. Gomès a voté pour que la durée de la quarantaine fût de 10 jours.—Procès-verbal N° 33—page 8.

—

Dans le cas où une épidémie de choléra, venant par la mer rouge, se manifesterait en Egypte—l'Europe et la Turquie étant d'ailleurs indemnes—ne conviendrait-il pas d'interrompre temporairement les communications maritimes de l'Egypte avec tout le bassin de la méditerranée ?

— La Conférence a répondu *affirmativement*, par 13 voix contre 3, celles de MM. Goodeve, Dickson et Salem bey.—Il y a eu 4 abstentions.—Procès-verbal N° 33—page 15.

—

B—MESURES CONTRE L'IMPORTATION DU CHOLÉRA DE L'INDE EN EUROPE PAR LA VOIE DE TERRE.

Mesures à prendre en Perse : organisation d'un système sanitaire; précautions concernant les pèlerinages, le transport des cadavres, etc....

— Mesures conseillées dans le rapport adoptées à l'unanimité.—Mirza-Malkom Khan et M. Sawas votent sous réserve.—Procès-verbal N° 34—page 14.

—

Mesures à prendre sur la frontière turco-persane.

— Mesures conseillées dans le rapport adoptées par 15 voix contre 0. —Se sont abstenus de voter MM. Malkom, Sawas, Keun, Millingen, Gomès et Sténersen.—Procès-verbal N° 35—page 7.

—

Mesures contre l'importation du choléra par la Boukharie et les steppes de la Tartarie.

— Texte du rapport adopté, avec quelques rectifications, à l'unanimité. —Procès-verbal, N° 35—page 8.

—

Mesures à prendre sur la frontière russo-persane.

— Texte du rapport adopté à l'unanimité. — Procès-verbal N° 35 — page 8.

—

Résumé du rapport adopté par la Conférence à l'unanimité, moins 1 abstention.—Procès-verbal N° 35—page 8.

—

III

MESURES QUARANTENAIRES.

Applicables aux provenances cholériques.

—

Considérations générales sur la question des mesures restrictives.

CONCLUSIONS :

Relativement aux mesures restrictives employées jusqu'ici contre le choléra, la Conférence est d'avis *que les enseignements à tirer de l'expérience de cette première époque des quarantaines n'ont pas une valeur concluante.*

— Adoptée par 18 voix contre 2, MM. Testa et Mühlig, 3 abstentions MM. Sotto, Monlau et Keun.—Procès-verbal N° 37—page 12.

—

La Conférence conclut cependant, d'après les faits cités dans le rapport, *qu'il est incontestable que des quarantaines établies sur des bases rationnelles et conformes aux progrès de la science peuvent servir de barrière efficace contre l'envahissement du choléra.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 37 - page 13.

—

Les bases du système de prophylaxie devraient consister, suivant la Conférence : 1° *à combattre les germes de la maladie dans ses foyers primitifs, avant qu'ils ne se disséminent et ne se propagent au dehors ;* 2° *à établir des quarantaines en accord avec les principes aujourd'hui admis sur la transmissibilité du choléra et son mode de propagation.*

— Adoptée à l'unanimité. — M. Goodeve vote sous réserve,—Procès-verbal N° 38—page 12.

—

Cordons sanitaires, isolement,

interruption et restriction des communications.

CONCLUSIONS :

La Conférence est d'avis que *les cordons sanitaires, employés au milieu de populations nombreuses et serrées, sont d'un effet incertain et souvent sont dangereux ; que par contre, employés dans des localités limitées ou des contrées dont la population est clair-semée, comme dans certains pays asiatiques, les cordons sont appelés à rendre de grands services contre la propagation de la maladie.*

— Adoptée à l'unanimité, moins M. Goodeve qui s'est abstenu —Procès-verbal N° 38—page 17.

—

La Conférence opine : 1° *que l'isolement partout où il peut être appliqué aux premiers cas qui marquent le début d'une épidémie, est une mesure de prudence qu'aucun pays ne devrait négliger de prendre pour son salut.* 2° *que l'isolement d'une localité atteinte de choléra est d'autant plus praticable et plus utile que la population du pays est plus clair-semée et que la séquestration a lieu plus près du début d'une épidémie ;* 3° *que l'isolement des foyers initiaux est la mesure capitale de prophylaxie contre les envahissements du choléra.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 39 - page 5.

—

La Conférence est d'avis que *l'interruption est le meilleur moyen d'isoler les foyers cholériques, que par conséquent, il y a lieu de l'employer toutes les fois que les circonstances se prêtent à une exécution rigoureuse : mais que cette mesure, applicable seulement à des points circonscrits, devient impraticable et inefficace lorsque l'épidémie s'est propagée sur un grand espace.*

— Adoptée à la majorité de 19 voix contre 2, celles de MM. Goodeve et Dickson.—MM. le Cte de Lallemand, Fauvel, Mühlig ont voté pour sous réserves.—Procès-verbal N° 39—page 7.

—

La Conférence est d'opinion qu'il y a lieu : 1° *de restreindre l'émigration dans la circonscription de la ville infectée* ; 2° *de fixer par un règlement le nombre des personnes que chaque navire pourrait embarquer, proportionnellement à sa capacité ;* 3° *de soumettre les personnes et leurs effets à des précautions préalables, telles qu'une visite médicale, la purification des hardes et effets, etc.*

— Adoptée à l'unanimité, moins une voix, celle de M. Millingen qui s'abstient.—Procès-verbal N° 39--page 9.

—

Question des lazarets.

CONCLUSIONS :

En ce qui concerne les établissements quarantenaires, la Conférence propose :

1° *Que les lazarets soient établis, autant que possible, dans des îles dépourvues de population, et, à défaut d'îles, dans des localités isolées et éloignées de plusieurs milles des villes, villages et autres lieux habités. Que l'air de ces localités soit salubre, le terrain de consistance rocheuse, l'eau abondante, le mouillage facile, sûr et spacieux.*

2° *Que les édifices composant l'ensemble des lazarets soient construits d'après les principes de l'article VII du présent rapport, et de manière à assurer la séparation rigoureuse des différentes catégories de quarantenaires, suivant la*

nature de la provenance et la date de l'arrivée. Que l'isolement de l'hôpital des cholériques, des logements des quarantenaires, des buanderies, des magasins et hangars, des habitations du personnel du service, etc., soit complet. Que la distance entre tous ces édifices, impossible à préciser d'avance, soit en rapport avec les indications consignées dans le paragraphe 13 du rapport.

3° *Que les cabinets d'aisance soient organisés d'après le système des fosses mobiles chargées de désinfectants. Que les égouts et les fosses communes soient proscrits. Que les matières des déjections soient versées dans des fosses creusées dans le sol et recouvertes de chaux vive, de terre argileuse ou de poussier de charbon végétal.*

4° *Que chaque lazaret ait deux débarcadères, dont l'un de contumace, l'autre de libre pratique, un office de santé, des logements pour l'administration, un corps de garde, un dépôt de literie et d'ameublement, un dépôt de vivres, une hôtellerie.*

— Adoptée à l'unanimité. — M. Monlau a voté la 3me conclusion sous réserve.—Procès-verbal N° 41 - page 10.

—

5° *Que les parloirs des lazarets soient supprimés* pour les visiteurs, *et les visites aux quarantenaires interdites, sauf dans des cas exceptionnels et avec l'autorisation spéciale de l'autorité sanitaire ; qu'il soit toutefois permis aux personnes qui le demanderaient d'entrer au lazaret et d'y rester en se soumettant, dans ce cas, au régime des quarantenaires avec lesquels ils seraient en communication.*

— La première partie de cette conclusion est adoptée par 10 voix contre 9, celles de MM. Dickson, Vernoni, Bosi, Keun, Sawas, Mühlig, Stenersen, Hübsch, Bartoletti.—La seconde partie est adoptée à l'unanimité, moins 2 voix, celles de M. Mühlig qui a voté contre et de M. Stenersen qui s'est abstenu.—Procès-verbal N° 41—page 12 et 13.

—

6° *Que la direction des établissements quarantenaires soit confiée à des médecins, et qu'en outre chaque lazaret soit pourvu de trois médecins, au moins, dont l'un attaché à l'hôpital, l'autre au service des quarantenaires, le troisième chargé du service du port et de l'extérieur du lazaret.*

7° *Que le nombre des lazarets pour la quarantaine de rigueur soit limité proportionnellement au mouvement maritime et à l'étendue du littoral de chaque*

Etat ; mais qu'il y ait cependant des postes secondaires pour les provenances soumises à la quarantaine d'observation.

8° *Que, dans des cas d'urgence, on établisse des lazarets temporaires, des campements, ou des lazarets flottants, selon les circonstances particulières à chaque localité.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 41—page 13.

—

9° *Tout en admettant, dans certains cas, l'opportunité de lazarets internationaux administrés sous le contrôle de conseils mixtes, la Conférence est d'avis qu'en général l'institution de ces établissements n'est pas recommandable.*

— Adoptée par 9 voix contre 8, celles de MM. Goodeve, Dickson, Keun Sawas, Bykow, Stenersen, Salih effendi, Bartoletti. — M. Monlau s'est abstenu. Procès-verbal N° 41—page 14.

—

Régime quarantenaire et désinfection.

CONCLUSIONS:

Relativement à la quarantaine d'observation et à la quarantaine de rigueur, la Conférence est d'avis que *la différence entre ces deux régimes consiste en ce que la quarantaine d'observation est un temps d'épreuve, de simple surveillance, tandis que la quarantaine de rigueur consiste dans le débarquement au lazaret avec désinfection, et comprend toutes les mesures applicables à une provenance cholérique.*

— Adoptée par 21 voix, contre 0.—MM. Maccas et Pélikan ont voté pour, avec réserve.—MM. Sotto, Ségovia, Monlau se sont abstenus de voter.—Procès-verbal N° 42—page 17.

—

La Conférence est d'avis : 1° *que la quarantaine de rigueur applicable aux personnes venant d'un lieu contaminé soit fixée, en règle générale, à dix jours pleins, et que cette quarantaine commence, pour les personnes, du moment de leur entrée au lazaret. Que si pendant le cours de la quarantaine il se produisait*

parmi elles des cas de choléra ou de diarrhée cholérique, les personnes saines, après la séparation des malades, devraient recommencer la quarantaine de dix jours pleins.

2° Qu'il y a lieu de considérer comme suspestes les personnes affectées de diarrhée, de les isoler des personnes bien portantes, ainsi que des malades de choléra, et de ne leur accorder la pratique, au bout de la quarantaine réglementaire, qu'à la suite de l'observation médicale constatant la nature non-cholérique de la diarrhée.

— Adoptée par 17 voix, contre 0 —Quatre adhésions conditionnelles, MM. Pélikan, Millingen qui voudraient que la quarantaine fût portée à 15 jours et MM. Keun et Mühlig à 17 jours. — Procès-verbal N° 42— page 26.

—

La Conférence est d'avis : 1° *d'appliquer aux navires supposés contaminés la quarantaine de rigueur, fixée à 10 jours pleins à dater de l'arrivée; 2° d'admettre une différence entre les navires à bord desquels se serait manifesté le choléra ou la diarrhée cholérique, et les navires qui n'auraient pas eu d'accidents cholériques pendant la traversée : dans le premier cas seraient applicables toutes les mesures de rigueur, d'isolement et de désinfection ; dans le second cas, les navires pourrainnt être exemptés du déchargement des marchandises non sujettes à purification, et ne seraient soumis qu'à des mesures générales d'hygiène sans désinfection proprement dite ; 3° de soumettre à des précautions exceptionnelles les navires encombrés et à bord desquels il se serait manifesté une épidémie grave de choléra, précautions qui consisteraient à un isolement plus complet, à la désinfection par les agents les plus actifs et même à la prolongation et au redoublement, selon les cas, de la durée de la quarantaine ; 4° de réduire à 5 jours la quarantaine applicable aux navires dont la traversée aurait duré de 15 à 30 jours sans aucun accident cholérique, et à 24 heures lorsque la durée de la traversée dépasserait 30 jours ; dans les deux cas, désinfection des marchandises susceptibles, des effets et des parties suspectes, mais sans déchargement total.*

— Adoptée à l'unanimité, moins une voix, celle de M. Goodeve qui s'abstient.—M. Pélikan fait ses réserves pour la 1re conclusion.—Procès-verbal N° 43 – page 7.

—

Relativement aux navires qui ont à bord un médecin commissionné et qui sont soumis pendant la traversée à des mesures d'hygiène et de désinfection, la Conférence s'est prononcée de la manière suivante :

Les navires en patente brute de choléra qui auront rempli les conditions spécifiées dans le cours de cet article, pourront compter les jours de la traversée comme jours de quarantaine jusqu'à concurrence de 9 jours. Ils feront au port d'arrivée une quarantaine d'observation calculée de manière à accomplir la quarantaine règlementaire de 10 jours pleins.

Comme cependant la traversée des navires n'a pas toujours la même durée et que celle-ci peut varier de 1 à 9 jours et plus, la Conférence a établi l'échelle suivante comme règle à observer dans l'application de la mesure proposée :

Après 24 heures de traversée 9 jours de quarantaine d'observation.

»	2 jours	8 »	»
»	3 »	7 »	»
»	4 »	6 »	»
»	5 »	5 »	»
»	6 »	4 »	»
»	7 »	3 »	»
»	8 »	2 »	»
»	9 »	24 heures	»

Pour les navires dont la traversée aurait dépassé 9 jours la quarantaine d'observation serait toujours d'au moins 24 heures.

— Adoptée par 12 voix contre 9 et 5 abstentions. — Ont voté contre MM. Vetsera, Sotto, Monlau, Kalergi, Maccas, Bosi, Keun, Millingen, Pélikan. — Se sont abstenus de voter MM. Dumreicher, Salvatori, de Soveral, Testa, Mühlig. — Procès-verbal N° 43—page 9.

—

La Conférence est d'avis *que la contumace peut se faire à bord des navires dans les cas de quarantaine d'observation et quelquefois de quarantaine de rigueur dans des circonstances de force majeure ; mais dans tous les cas, l'autorité sanitaire aura soin de faire éviter l'encombrement et exercera une surveillance attentive sur la santé des quarantenaires.*

— Adoptée à l'unanimité moins une voix, celle de M. Dumreicher qui s'abstient. — M. Dickson vote avec réserve. — Procès-verbal N° 43 — page 9 et 10.

—

La Conférence propose *une quarantaine de 8 jours pleins pour toutes les provenances de terre, à l'exception des pèlerinages et des déplacements de troupes dont le régime serait plus sévère. Toutefois il est entendu que si les provenances de terre partaient d'un foyer rapproché d'un à trois jours de marche, la quarantaine serait de 10 jours pleins.*

— Adoptée par 15 voix, 5 abstentions, celles de MM. Dumreicher, Goodeve, Dickson, Maccas, Bosi. — Procès-verbal N° 43—page 11.

—

Question de la désinfection.

CONCLUSIONS :

Suivant l'opinion de la Conférence, *la désinfection consiste dans l'emploi de différents moyens propres à assainir les lieux et les objets contaminés par le germe cholérique. Ces moyens sont l'air, l'eau, le feu dans certains cas, ainsi que les substances chimiques recommandées par la science et signalées dans le Rapport des mesures hygiéniques.*

La désinfection s'applique ; 1° *aux navires provenant de lieux infectés et à bord desquels se serait manifestée soit une épidémie grave de choléra, soit des cas isolés de cette maladie ou seulement des cas de diarrhée cholérique.*

2° *Elle s'applique aux hardes et effets à usage des cholériques ainsi que des personnes qui subissent le régime de la quarantaine de rigueur tant au lazaret qu'à bord des navires.*

3° *Elle s'applique en outre aux marchandises supposées contaminées telles que les drilles, les chiffons, les peaux, les cuirs, les plumes et autres débris animaux, ainsi que les laines et autres substances non emballées provenant d'un lieu infecté ou d'un navire sujet lui-même à la désinfection. Les lettres et dépêches seront enfermées dans une boite et désinfectées par le dégagement de chlore sans être*

percées. Quant aux marchandises en général, sortant des fabriques et bien emballées, elles sont réputées non contaminées et conséquemment non sujettes à la désinfection.

4° *Enfin la désinfection s'applique aux animaux vivants par l'aération ou l'immersion dans l'eau, lorsque les autorités sanitaires le jugeront convenable*

— Adoptée à l'unanimité, moins une voix, celle de M. Goodeve qui s'abstient. — MM. Dumreicher, Maccas, Bykow, Millingen votent sous diverses réserves.—Procès-verbal N° 43—page 12 et 13.

—

La patente de santé et l'arraisonnement.

CONCLUSIONS :

Dans l'opinion de la Conférence, *il y a lieu de supprimer la qualification de patente suspecte et de maintenir celle de patente nette et de patente brute, l'une témoignant de l'absence du choléra, l'autre attestant sa présence ainsi que le degré de sa manifestation.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 43—page 13.

—

La Conférence exprime le vœu *que le mot sporadique soit supprimé sur les patentes où l'on se bornerait, suivant le cas, à mentionner l'existence du choléra asiatique, ou du choléra nostras.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 43—page 14.

—

La Conférence est d'avis que *la patente de santé doit faire mention du choléra asiatique depuis le premier cas de sa manifestation jusqu'au dernier accident qui marque la fin de l'épidémie ; que les autorités sanitaires ne devront accorder la libre pratique aux provenances d'un lieu où a régné une épidémie que 15 jours après la date de sa complète disparition.*

— Adoptée à l'unanimité.—Procès-verbal N° 43—page 14.

—

La Conférence opine *qu'il est d'absolue nécessité, comme garantie de la santé publique, qu'un navire n'ait qu'une patente délivrée par l'autorité sanitaire du point du départ ; qu'il est également nécessaire que cette patente ne soit pas changée jusqu'à l'arrivée du navire à destination définitive, et qu'en conséquence les autorités sanitaires doivent se borner à viser la patente primitive sans la remplacer par une nouvelle patente jusqu'au voyage de retour.*

La Conférence émet le vœu *que les gouvernements qui attachent une importance particulière au maintien de la patente consulaire veuillent bien consentir, dans l'intérêt de la santé publique, à la remplacer par un visa sur la patente délivrée par l'autorité sanitaire.*

— Adoptée à l'unanimité, moins M. Dumreicher qui s'abstient.—Procès-verbal N° 43—page 14.

—

La Conférence est d'avis que *l'arraisonnement est un acte de la plus haute importance en temps de choléra. Les réticences, les fausses déclarations, rendent illusoires le système restrictif le mieux combiné et compromettent la santé publique. Elles doivent être sévèrement punies par les lois de chaque pays.*

A ce propos la Conférence émet le vœu *que le gouvernement ottoman promulgue dans le plus bref délai un code pénal contre les infractions aux règlements sanitaires.*

— Adoptée à l'unanimité. — M. Dumreicher s'abstient.—Procès-verbal N° 43—page 14.

Le présent Relevé des Conclusions de la Conférence Sanitaire Internationale a été adopté, dans la séance du 26 Septembre 1866, et signé par MM. les Délégués,

ALBIN VETSERA	G. A. MACCAS
Dr SOTTO	ALEX. VERNONI
Cte DE NOIDANS	F. BOSI
A. F. DE DUMREICHER	G. SALVATORI
A. M. SEGOVIA	P. BRUNONI, *Archevêque Délégué du Saint Siège*
P. MONLAU	J. SPADARO
KALERGI	

A. de Lallemand	Bon de Testa
Fauvel	Mühlig
Edouard Goodeve	Pélikan
E. D. Dickson	Bykow
Richard J. Keun	A. Stenersen
Julius Millingen	Bon Hübsch
Mirza-Malkom-Khan	Salih effendi
Sawas	Bartoletti
E. Pinto de Soveral	Dr Salem bey

A Constantinople, le 26 Septembre 1866.

Vu et certifié :
Le Président de la Conférence Sanitaire,
SALIH.

Les Secrétaires,
Dr Naranzi.—Bon de Collongue.

TABLE DES MATIÈRES

Numéros des procès-verbaux.

Numéros
des
procès-verbaux.

d'amendement de MM. les Délégués de Perse.—Projet d'amendement de MM. les Délégués de la Sublime-Porte.—Note de M. le Dr Pélikan relative à la proposition d'urgence.—Mémoire sur le même sujet par Mirza-Malkom-Khan.—La discussion est ouverte sur la proposition d'urgence.

Annexes au procès-verbal N° 3.

1er annexe.—*Rapport de la Commission chargée d'examiner la proposition d'urgence.—Contre-proposition Ottomane.*

2me annexe.—*Projet d'amendement de MM. les Délégués de Perse.*

3me annexe.—*Projet d'amendement de MM. les Délégués de la Sublime-Porte.*

4 Discours de M. le Dr Fauvel en réponse aux contre-propositions. — Il réfute les contre-projets et donne des explications et des éclaircissements à l'appui de la proposition d'urgence. — Il donne des renseignements sur l'état et la condition de Djeddah, Yambo, de La Mecque et de Medine avant et après le pèlerinage. — Explications concernant le pèlerinage.—Note de M. Kalergi relative aux pèlerins retournant par terre.—Proposition de M. Mühlig.— Continuation de la discussion sur la proposition d'urgence. — M. Pélikan rectifie un passage du discours de M. Fauvel.

5 S. Exc. Salih effendi donne quelques éclaircissements au sujet de la contre-proposition Ottomane. — Discours de M. le Dr Bartoletti ayant pour but de compléter la partie historique du voyage de la caravane tracée par M. Fauvel.—Déclaration de S. Exc. Salih effendi faite au nom du Gouvernement Ottoman.—Observations faites à ce sujet par plusieurs Délégués.—Discours de M. Sawas donnant des éclaircissements et des renseignements au sujet du pèlerinage, des lieux-Saints et du Hedjaz.—M. Fauvel répond à M. Sawas —M. Ségovia résume les différentes opinions.—Explications demandées par Mirza-Malkom-Khan sur certains points de la proposition d'urgence.— Opinion de M. le Dr Goodeve sur l'efficacité des mesures proposées par MM. les Délégués de France.—Réponse de M. Fauvel. — Observations faites par plusieurs Délégués. — La

Numéros des procès-verbaux.

disposition fondamentale de la proposition française est adoptée.

6 Discussion sur les articles règlementaires de la proposition d'urgence.—Déclaration de S. Exc. Salih effendi.—Explications fournies par M. Fauvel qui propose une nouvelle rédaction des articles règlementaires.—Amendement de M. le Dr Mühlig et exposé fait par MM. les Délégués de Prusse.—Mesures adoptées par la Conférence pour le cas où le choléra se manifesterait cette année parmi les pèlerins réunis à La Mecque.

Annexe au procès-verbal N° 6.

Proposition d'urgence amendée et modifiée par la Conférence.

7 La discussion est ouverte sur l'ensemble du projet du programme des travaux de la Conférence —Discussion sur la manière dont la Commission devra être composée. La Conférence décide qu'elle sera composée de tous les Délégués médecins et de trois Délégués Diplomates. Elle aura a rechercher la solution à donner aux deux premiers groupes du programme.

Annexe au procès-verbal N° 7.

Rapport sur un projet de Programme des travaux de la Conférence.

8 Renseignements relatifs à l'état sanitaire des arrivages à Djeddah pendant les deux derniers mois.—Renseignements relatifs à l'état sanitaire du Hedjaz.—Proposition de M. de Dumreicher ayant pour but de modifier certaines dispositions du programme des travaux de la Conférence. Discussion à ce sujet. Propositions émises par plusieurs Délégués au sujet des Commissions qui doivent étudier le 3me groupe du programme.—Nomination d'une Commission chargée de déterminer la *nature*, l'*ordre et la division* des questions composant le 3me groupe. Propositions et discussion au sujet de l'Egypte.

9 Renseignements sanitaires reçus de l'Egypte et communiqués par MM. Vetsera et Salem bey.—M. Bartoletti parle des résultats de la mission confiée à la Commission médicale Ottomane envoyée dans le Hedjaz.—M. Bartoletti dépose sur le bureau le rapport de la Commission chargée de l'examen des deux premiers groupes du programme.—Don A. M. Segovia présente le rapport de la Commis-

Numéros
des
procès-verbaux.

sion nommée pour l'étude préparatoire des questions portées au 3me groupe du programme.—Lecture et discussion de ce dernier rapport.

Annexes au procès-verbal N° 9.

1er annexe. — *Rapport sur les questions du programme relatives à* l'origine, à l'endémicité, à la transmissibilité et à la propagation du choléra.

2me annexe.—*Rapport de la Commission nommée pour réviser les questions du* 3me *groupe du programme* (Préservation) *et proposer la méthode à suivre pour leur étude.*

10 Proposition de M. de Lallemand ayant pour but la réforme du tarif sanitaire des ports Ottomans. — Observations de plusieurs Délégués.—La Conférence prend acte de la communication de MM. les Délégués de France et renvoie l'examen de la question du tarif au moment où MM. les Délégués auront reçu l'autorisation de la traiter.—Suite de la discussion du rapport sur le 3me groupe du programme.

Annexe au procès-verbal N° 10.

Rapport de la Commission chargée par le Conseil de Santé d'élaborer un projet des tarifs des droits sanitaires dans l'Empire Ottoman.

11 M. Fauvel de concert avec plusieurs autres Délégués présente un contre-projet relatif à la classification des matières du 3me groupe. —Observations de plusieurs Délégués pour ou contre le nouveau projet de M. Fauvel.—La discussion est reprise sur les articles du projet de la Commission.

12 Communication de télégrammes concernant l'état sanitaire de l'Egypte et de la Syrie. La Conférence émet le vœu que les provenances d'Egypte soient, par qui de droit, assujeties à une quarantaine d'observation.—Propositions de M. Polak relatives au 3me groupe du programme.—Suite de la discussion du rapport de la Commission du 3me groupe.

13 Communication de S. Exc. Salih Effendi concernant l'Egypte.—Autres communications faites sur le même sujet par MM. Bartoletti

Numéros
des
procès-verbaux

et Salem bey.—Proposition de M. de Krause relative aux provenances du Hedjaz.—La Conférence tout entière se divise en trois Commissions correspondant aux 3 sections du 3me groupe du programme.

14 La discussion est ouverte sur le rapport-général relatif *à l'origine, à l'endemicité, à la transmissibilité et á la propagation du choléra.* —Communication d'une dépêche télégraphique relative à l'état sanitaire des pèlerins.

15 Suite de la discussion du 1er groupe de questions du rapport-général, (*origine et génèse du choléra.*)

16 Continuation de la précédente discussion.—Communication d'un télégramme concernant les mesures adoptées par l'Intendance Sanitaire de l'Egypte à l'égard des pèlerins.—Mesure adoptée par le Conseil Supérieur de Santé de Constantinople à l'égard des provenances de l'Egypte.

17 Suite de la discussion du rapport-général. — Communication d'une dépêche télégraphique datée d'Alexandrie et constatant l'excellent état sanitaire de l'Egypte.

18 Discussion sur le deuxième groupe de questions du rapport-général. (*Transmissibilité et propagation du choléra.*

19 Suite de la précédente discussion.

20 S. Exc. le Président donne lecture d'une lettre de M. de Krause par laquelle il informe la Conférence que ayant été appelé à d'autres fonctions il sera remplacé par M. le Bon Testa.—Continuation de la discussion sur le 2me groupe de questions du rapport-général.

21 M. Polak fait une communication concernant les quarantaines, au point de vue de leurs résultats, pendant la dernière épidémie.—M. Keun annonce le départ de son collègue M. le professeur Van Geuns.—Suite de la discussion sur le 2me groupe de questions du rapport-général.

22 Suite et fin de la précédente discussion.—La Conférence décide que le rapport-général sera réimprimé avec indication en note des modifications adoptées par elle.—(V. l'annexe au procès-verbal 29.)

Numéros
des
procès-verbaux.

23 M. Bartoletti donne lecture du rapport de la sous-commission chargée de faire l'historique de l'épidémie de 1865.—Observations de MM. Gomez, Keun, Goodeve, Bykow.

Annexe au procès-verbal N° 23.

Rapport sur la marche et le mode de propagation du choléra en 1865.

24 Lecture et discussion du raport et de l'appendice du rapport de la Commission chargée d'étudier le 1er groupe des questions comprises dans le programme des mesures prophylactiques applicables au choléra,

Annexes au procès-verbal N° 24,

1er annexe.—*Rapport sur les mesures d'hygiène à prendre pour la préservation contre le choléra asiatique.*

2me annexe.—*Appendice au rapport sur les mesures hygiéniques ayant pour titre.—La désinfection appliquée au choléra.*

25 Suite de la discussion du rapport sur les mesures hygiéniques.

26 Suite de la précédente discussion.

27 Discussion sur la désinfection appliquée au choléra.

28 M. Lenz dépose sur le bureau une note additionnelle au texte du chapitre 2 (*Hygiène navale*) du rapport sur les mesures d'hygiène.—Motion de M. de Lallemand relative à la réforme du tarif sanitaire.—Continuation et fin de la discussion sur la désinfection.

Annexe au procès-verbal N° 28.

Note additionnelle au texte du chapitre 2 (Hygiène navale) du rapport sur les mesures d'hygiène.

29 M. de Lallemand dépose sur le bureau le rapport de la Commission chargée de l'étude des mesures à prendre en Orient pour prevenir de nouvelles invasions du choléra en Europe.—Discussion sur la note additionnelle du rapport sur les mesures d'hygiène. Adoption du rapport avec l'appendice et le Note additionnelle de la 1re Commission. — M. de Lallemand demande qu'une Commission soit nommée pour l'examen de la question relative à la réforme du tarif des droits sanitaires dans les Ports Ottomans.—Observations de plusieurs Délégués.—La Conférence décide qu'il y a lieu de nommer

Numéros des procès-verbaux.

une Commission pour l'examen du projet de la réforme du tarif sanitaire.—Nomination de cette Commission.

Annexe au procès-verbal N° 29.

Rapport sur les mesures à prendre en Orient pour prevenir de nouvelles invasions du choléra en Europe.

30 Discussion du rapport sur les mesures à prendre en Orient etc.

31 S. Exc. le Président donne lecture d'une lettre de M. Lenz par laquelle il annonce son départ. — Suite de la précédente discussion

32 Continuation de la même discussion.

33 Suite de la discussion.

34 Nomination d'une Commission pour élaborer un énoncé des propositions principales et des conclusions contenues dans les rapports adoptés par la Conférence (en réponse à la question posée dans le quatrième groupe du programme). Suite de la discussion du rapport de la 3me Commission sur les mesures à prendre en Orient etc.

35 Suite et fin de la précédente discussion.

36 Lecture du rapport de la Commission chargée d'étudier le projet de réforme du tarif des droits sanitaires dans les Ports Ottomans.

Annexe au procès-verbal N° 36.

Rapport sur le projet de réforme du tarif des droits sanitaires dans les Ports Ottomans.

37 Discussion sur les conclusions du rapport relatif au projet de réforme du tarif sanitaire. — Adoption du rapport.—Lecture du rapport de la 2me Commission du 3me groupe (*mesures quarantenaires.*) Discussion du rapport

Annexe au procès-verbal N° 37.

Rapport sur les mesures quarantenaires applicables aux provenances cholériques.

38 Discussion relative à l'acte de clôture.—Décision de la Conférence à ce sujet.—Suite de la précédente discussion.

39 Continuation de la discussion du rapport sur les mesures quarantenaires etc.



